



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Letras y Ciencias Humanas
Escuela Profesional de Comunicación Social

La adherencia al tratamiento antituberculoso y la relación comunicativa entre el personal de salud y la persona afectada por tuberculosis en el A.H. Bocanegra – Callao

TESIS

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Comunicación
Social**

AUTOR

Leyla July ILLA SANDOVAL

ASESOR

Rosa CUSIPUMA ARTEAGA

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Illa, L. (2020). *La adherencia al tratamiento antituberculoso y la relación comunicativa entre el personal de salud y la persona afectada por tuberculosis en el A.H. Bocanegra – Callao*. Tesis para optar el título de Licenciada en Comunicación Social. Escuela Profesional de Comunicación Social, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	—
DNI o pasaporte del autor	70411913
Código ORCID del asesor	0000-0002-1088-3025
DNI o pasaporte del asesor	07774552
Grupo de investigación	—
Agencia financiadora	—
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Lugar: Perú, Lima, Callao, Callao, A.H. Bocanegra Coordenadas geográficas: 12°01'27.3"S 77°05'30.4"W
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019-2020
Disciplinas OCDE	Medios de comunicación, Comunicación socio-cultural http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.08.04

ESCUELA PROFESIONAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

"Año de La Universalización de la Salud"

ACTA DE SUSTENTACIÓN CON TESIS

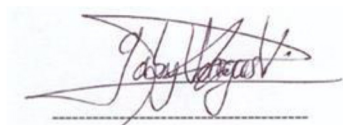
En la Facultad de Letras y Ciencias Humanas a los cinco días del mes de noviembre del dos mil veinte, siendo las 11:00 horas, con la Presidencia de la Dra. Gaby Varga Vargas, los miembros del Jurado: la Lic. Iris Gladys Tinoco Casallo, el Lic. Abel Fernando Santibáñez Collado y su asesora, la Lic. Rosa Cusipuma Arteaga, se reunieron vía Skype, con la finalidad de escuchar la Sustentación de Tesis titulada: "LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO Y LA RELACIÓN COMUNICATIVA ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS EN EL A.H.

BOCANEGRA - CALLAO", que la bachiller ILLA SANDOVAL, LEYLA JULY, ha presentado a consideración de la Escuela, para obtener el Título Profesional de Licenciada en Comunicación Social. La Presidenta del Jurado invitó a la bachiller a exponer su Tesis. Concluida la exposición la bachiller absolvió las preguntas que le formularon los miembros del jurado.

Terminada la sustentación se procedió a la calificación, resultando aprobada como SOBRESALIENTE con la calificación de DIECIOCHO (18).

La Presidenta manifestó que, habiéndose aprobado la sustentación, la Facultad de Letras y Ciencias Humanas recomienda a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos el otorgamiento del Título de Licenciada en Comunicación Social a la bachiller ILLA SANDOVAL, LEYLA JULY.

Siendo las 12:00 horas concluyó el acto de sustentación, por lo cual, los miembros del Jurado, dando fe de lo actuado, firman la presente Acta de Sustentación.



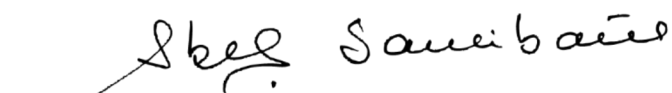
Dra. Gaby Vargas Vargas

Jurado Informante / Presidenta



Lic. Iris Gladys Tinoco Casallo

Jurado Informante



Lic. Abel Fernando Santibáñez Collado

Miembro



Lic. Rosa Cusipuma Arteaga

Asesora

Agradecimientos

A mis padres, en especial a Julia, mi madre, por su compañía, dedicación y confianza.

A Danny y Darcy, mis hermanos, por enseñarme, a su manera, lo que es la vida profesional y que siempre cada esfuerzo tiene su recompensa.

A mi familia y mi familia por elección, mis amigas y amigos, por confiar en mí incluso cuando yo no lo hice.

A mi asesora, Rosa Cusipuma, por guiarme en este proceso a pesar de las dificultades.

A la UNMSM y a los docentes de la escuela de Comunicación Social, por ayudarme a encontrar mi verdadera vocación.

A las PAT, por permitirme formar parte de su tratamiento y de lo que este puede significar para ellos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE IMÁGENES	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Justificación.....	9
1.2 Planteamiento del problema	10
1.3 Antecedentes.....	11
1.3.1 Antecedentes nacionales	11
1.3.2 Antecedentes internacionales	15
CAPÍTULO II MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO	19
MARCO CONTEXTUAL	19
2.1 Tuberculosis en el Perú	19
2.1.1 Políticas públicas contra la TBC en el Perú	20
2.2 Tratamiento antituberculoso: características y protocolo	23
2.3 Sistema de Salud Regional en el Callao	25
2.3.1 Asentamiento Humano Bocanegra	28
MARCO TEÓRICO	29
2.4 Comunicación en salud	29
2.4.1 Comunicación interpersonal en salud: relación médico – paciente	33
2.4.2 Modelos de relación médico – paciente	35
2.5 Modelo de transformación de comunicación y resultados en salud	37
2.6 Adherencia al tratamiento antituberculoso	39
2.7 Comunicación en la relación médico – paciente y la adherencia al tratamiento antituberculoso	42
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	45

3.1 Objetivos.....	45
3.1.1 Objetivo general:.....	45
3.2 Hipótesis	45
3.2.1 Hipótesis general:.....	45
3.2.2 Hipótesis específicas:	45
3.3 Variables.....	46
3.4 Tipo y diseño de investigación	46
3.5 Población y muestra	47
3.6 Instrumentos de recolección	48
3.7 Análisis de datos.....	48
CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	49
4.1 Adherencia al tratamiento de las PAT	49
4.2 Relación entre el personal de enfermería – PAT	52
4.3 Relación entre el personal de enfermería – PAT y la adherencia al	56
tratamiento antituberculoso	56
4.4 Factores comunicacionales para la adherencia.....	57
4.4.1 Información	58
4.4.2 Intercambio de información:	60
4.4.3 Expectativas comunes	62
4.4.4 Participación.....	64
4.4.5 Efecto positivo:	67
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	75
Anexo N°1 Formato de ficha de observación durante los controles	84
Anexo N°2 Formato de encuestas dirigida a las PAT.....	86

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 Organigrama estructural de la DIRESA - Callao (Fuente: DIRESA - Callao)	27
Imagen 2 Mapa de Redes y Microrredes de Salud en Callao (Fuente: GORE Callao)	28
Imagen 3 Tipos de Relación Médico - Paciente (Roter, D. y McNeilis, K., 2003:123)	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Adherencia	50
Gráfico 2: Adherencia – Tipo de TBC	51
Gráfico 3: Adherencia – otras enfermedades	52
Gráfico 4: Adherencia - Comorbilidad	52
Gráfico 5: Relación	53
Gráfico 6: Tipo de Relación	54
Gráfico 7: Relación - Comorbilidad.....	55
Gráfico 8: Relación – Otras enfermedades	56
Gráfico 9: Adherencia - Relación	57
Gráfico 10: Adherencia – Tipo de relación.	58
Gráfico 11: Información	59
Gráfico 12: Adherencia – Pregunta 3	60
Gráfico 13: Tipo de relación – Pregunta 3	60
Gráfico 14: Intercambio de información	61
Gráfico 15: Adherencia – Pregunta 6	62
Gráfico 16: Tipo de relación – Pregunta 6	62
Gráfico 17: Expectativas comunes	63
Gráfico 18: Adherencia – Pregunta 8	64
Gráfico 19: Participación del paciente.....	65
Gráfico 20: Adherencia – Pregunta 11	65
Gráfico 21: Adherencia – Pregunta 12	66
Gráfico 22: Tipo de relación – Pregunta 12	67
Gráfico 23: Efecto positivo.....	68
Gráfico 24: Adherencia – Pregunta 18	69
Gráfico 25: Tipo de relación – Pregunta 18	69
Gráfico 26: Adherencia – Pregunta 19	70
Gráfico 27: Tipo de Relación – Pregunta 19	71

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito describir la relación comunicativa entre el personal de salud y la persona afectada por tuberculosis (PAT) en el proceso de adherencia al tratamiento contra esta enfermedad en el A.H. Bocanegra entre agosto 2019 y enero del 2020. Para ello primero se determinó el tipo de relación existente entre el personal de enfermería y la PAT, el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso y los factores comunicativos que influyen en esta. Se utilizó una metodología mixta con énfasis cualitativo y de alcance descriptivo para lo cual se hizo uso de cuestionarios y fichas de observación. De los resultados se concluye que una mala relación con el personal de salud influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento; Además que existe una mayor participación del paciente en el cuidado de su salud en aquellos que mostraron mejor adherencia.

Palabras clave: Comunicación y Salud, adherencia al tratamiento y comunicación, relación médico – paciente, factores comunicacionales

INTRODUCCIÓN

La formación en comunicación organizacional desataca la importancia de la participación activa de las personas en la generación de su propio desarrollo a fin de que este sea sostenible. Esto es muy común verlo en el desarrollo de ciudadanías participativas, no solo en procesos políticos, sino también en procesos sociales. Sin embargo, a pesar de ser un pilar importante en el adecuado desarrollo de la población, la salud sigue siendo un campo en el cual, al parecer, solo pueden participar los profesionales en dicho campo, esto es, médicos, licenciados y técnicos, por un lado; y por el otro, los enfermos, como la contraparte del servicio. Sin embargo, aún estos últimos no toman un papel relevante, puesto que, consideran que la responsabilidad de su mejora depende únicamente de los primeros.

Una de las enfermedades en la que la promoción de la salud y la prevención de más contagios dependen en gran parte de cada persona afectada es la Tuberculosis. Esto debido a que es la persona enferma la que, siguiendo de manera adecuada su tratamiento, no solo mejora su estado de salud; sino que además evita contagiar a las demás personas. No obstante, debido al tipo de tratamiento y el protocolo de atención para esta enfermedad se percibe que la responsabilidad total del cuidado del paciente y la prevención de mayores índices de contagios recae nuevamente en el personal de salud.

En ese sentido, esta investigación busca describir de la relación comunicativa que entabla el personal de enfermería y la persona afectada con esta enfermedad para la adherencia al tratamiento antituberculoso. Para llegar a este objetivo se plantearon tres objetivos específicos los cuales fueron, determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes con tuberculosis, definir el tipo de relación que tienen estos en base a su nivel de participación con el personal de enfermería y determinar los factores comunicacionales que identifican como relevantes para su adherencia al tratamiento.

A fin de lograr este objetivo se optó por un enfoque de estudio mixto con énfasis en lo cuantitativo, descriptivo – correlacional no experimental y de corte trasversal; para ello se desarrollaron instrumentos cualitativos y cuantitativos que nos permitan un análisis de datos de forma independiente y conjunta. Se trabajó de manera separada con cada centro de salud a fin de generar cierto nivel de confianza con los pacientes que permita un adecuado desarrollo de las encuestas y una mejor observación de las entrevistas entre el

personal de enfermería y los pacientes; para ello se contó con el apoyo del personal de salud encargado. Se realizaron un total de 24 encuestas y 24 fichas de observación. Cabe destacar que durante el proceso acompañé al personal de salud en el desempeño de sus funciones con el fin de conocer mejor la dinámica de su trabajo.

El contenido de esta investigación se distribuirá por capítulos que nos permitan un mejor desarrollo del tema. En el primer capítulo abordaremos el problema de investigación mediante la justificación, el planteamiento del problema o pregunta que rige el estudio y los antecedentes nacionales e internacionales revisados que nos llevaron a esta.

En el segundo capítulo presentamos el marco contextual y teórico. El primero de estos nos enmarca la investigación en base a información estadística oficial sobre el estado de la tuberculosis en el Perú, así como los planes, leyes y normas creadas a fin controlar y disminuir la incidencia de dicha enfermedad. En la segunda parte, el marco teórico, desarrollamos los principales conceptos y modelos teóricos en los cuales se basa esta investigación. De lo general a lo particular, explicaremos, en primer lugar, la definición de la Comunicación en Salud, seguido de la comunicación Interpersonal en el ámbito de la Salud para después centrarnos en la relación médico – paciente, entendiendo como “médico” a todo el personal de salud. Luego, abordaremos el modelo de Transformación de comunicación y resultados en Salud, planteado por Gary Kreps; en el cual se apoya este estudio. Para finalizar, revisaremos el concepto de adherencia al tratamiento antituberculoso y la relación que existe entre esta y la Comunicación entre el médico – paciente.

El capítulo tres está dedicado al desarrollo del diseño metodológico y el capítulo cuatro a la presentación de resultados de la investigación, los cuales están divididos y ordenados según los objetivos planteados de manera inicial y de los que se desprenden las conclusiones y recomendaciones. Por último, encontraremos las referencias bibliográficas usadas y los anexos.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Justificación

Según el último reporte de Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Tuberculosis en el Mundo (2018), Perú es uno de los países con mayor aumento en la incidencia de casos de personas afectadas por esta enfermedad. Además de ello, según este mismo reporte, un 57% del total de casos en el 2017 habían sido tratadas previamente. Esta cifra, según se aclara excluye las recaídas, es decir no toma en cuenta los casos de pacientes dados de alta diagnosticados nuevamente, por lo que se deduce que representa la cifra de pacientes que no culminaron el tratamiento en un diagnóstico anterior.

En el ámbito peruano es la región Callao una de las regiones con mayor incidencia de Tuberculosis (TBC o TB) luego de Ucayali, Madres de Dios y Lima Metropolitana; sin embargo esta tasa es mayor si hablamos de casos de TBC resistente, ya sea en su forma Multirresistente (MDR) o Extremadamente resistente (XDR), ubicándose solo después de Lima Metropolitana. Dentro de la región Callao, según Hernández, et al. (2017), el asentamiento humano Bocanegra posee la mayor cantidad de pacientes con tuberculosis pulmonar registrados en la Estrategia Sanitaria Control de la Tuberculosis.

Por otro lado, se sabe que la relación y comunicación existente entre el personal de salud es muy importante; esto como parte de la prevención, promoción y cuidado de la salud de las personas. Incluso durante un tratamiento, esta comunicación puede significar la adherencia y permanencia a este. Según Bermúdez, R., Piedrahita, B., Palacios y Posada (2016) “La comunicación establecida entre el médico y el paciente tiene una alta correlación para asegurar la adherencia a los tratamientos, de allí que el autor sugiera que se dediquen grandes esfuerzos y estimulen las habilidades comunicativas de los profesionales del sector salud”.

En el caso específico del tratamiento antituberculoso en el Perú, esta responsabilidad recae sobre el personal de enfermería, compuesto principalmente por una licenciada y una técnica en enfermería, quienes, al brindar el tratamiento diario a los pacientes, se convierten en los principales consejeros en temas de salud y encargados de responder sus dudas y atender sus incomodidades.

A pesar del reconocimiento de la importancia de las relaciones interpersonales entre ambas partes, este tema ha sido abordado desde el punto de vista de las ciencias de salud y muy poco desde otras áreas como la comunicación, a partir de la cual se pueden desprender diferentes aportes. Así lo reconoce Delgado, N., Caridad, M., Estopiñán, M., & Martínez, J. (2016) cuando señalan que la comunicación en los centros de atención primaria “No debe dejarse de la mano, ni a las improvisaciones de los directivos, ya que el enfoque debe ser con la utilización de sus diferentes formas, niveles, vías, para lograr mensajes oportunos, breves, con un vocabulario respetuoso, sin tecnicismos, y reiterando los aspectos que se consideren claves.”

En esa misma línea, en el caso específico del tratamiento contra la TBC, el programa del Ministerio de Salud (MINSA) “Respira vida” en el 2014 publicó su manual de “Comunicación Efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de los afectados por Tuberculosis”, en el cual menciona:

La comunicación cumple un rol importante en la orientación y acompañamiento a personas afectadas por TB. Una buena comunicación permite: Facilitar el intercambio de información necesaria para tener un diagnóstico correcto, brindar orientaciones claras sobre el tratamiento a seguir y lograr la confianza que la persona necesita para expresar sus ideas y emociones, sentirse acompañada y asumir una actitud comprometida con su tratamiento hasta culminarlo (p.37)

En ese sentido, esta investigación es importante ya que pretende estudiar la relación comunicativa entre el personal de enfermería y el PAT (Persona Afectada por Tuberculosis), además de brindar recomendaciones una desde una perspectiva comunicativa con el fin de lograr una mejora en la condiciones de esta relación en la zona de Bocanegra en el Callao.

1.2 Planteamiento del problema

En base a lo anteriormente expuesto, se plantean la siguiente pregunta que guiará la investigación:

Pregunta general:

- ¿Cuál es la relación comunicativa entre el personal de salud y la PAT para la adherencia al tratamiento contra la TBC en el A.H. Bocanegra?

De la cual se desprenden las siguientes preguntas específicas

- ¿Cuál es el tipo de relación comunicativa existente entre el personal de enfermería y la PAT durante su tratamiento en el A.H. Bocanegra?
- ¿Qué factores comunicativos identifican las PAT del A.H. Bocanegra como relevantes para su adherencia al tratamiento contra la TBC?
- ¿Cuál el nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso de las PAT del A.H. Bocanegra?

1.3 Antecedentes

1.3.1 Antecedentes nacionales

A nivel nacional podemos encontrar la tesis de Caballero, E (2016) llamada “Influencia de los métodos de comunicación educativa para la salud en la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, en atención ambulatoria en el Hospital de Emergencias Grau, 2014”, cuyo objetivo fue determinar cuál es la influencia que los métodos de comunicación educativa para la salud tienen sobre la adherencia al tratamiento contra la diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes de atención ambulatoria.

El diseño de este estudio fue cuantitativo experimental aplicativo – explicativo. Se midió la adherencia previa y posterior al entrenamiento educativo en variables como la satisfacción, el apoyo familiar y la atención ambulatoria. Para ello se formaron 3 grupos según criterios de inclusión y se aplicó a una muestra de 39 pacientes de una población de 156.

Los resultados obtenidos muestran que los métodos de comunicación educativa mejoraron la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de atención ambulatoria en el Hospital de Emergencias Grau. Asimismo, que la adherencia al tratamiento de la diabetes Mellitus fue mayor gracias al apoyo familiar y la satisfacción con la atención dada como resultado del entrenamiento educativo de los pacientes.

La tesis de Hernández, L.; Vásquez, M. y Talavera, R. (2017) llamada “Relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes de los pacientes frente al tratamiento registrados en la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis en los centros de salud Bocanegra – Polígono IV Callao, 2016”, la cual tuvo como objetivo el objetivo de relacionar los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento.

Esta investigación fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal y la población estuvo compuesta por 30 pacientes registrados en la ESNPCT de los centros de salud del Distrito de Bocanegra. Para la recolección de datos se empleó la encuesta, se utilizó cuestionario de veinte preguntas validadas por juicio de expertos.

Los resultados fueron que un 87% (26) de los que tienen un nivel de conocimiento alto presentan una actitud de aceptación, 10% (3) tienen un nivel de conocimiento bajo y presentan actitudes de rechazo y solo el 3% (1) muestra un nivel de conocimiento bajo y presenta actitud de rechazo hacia el tratamiento. Se obtuvo como conclusión que existe relación moderada entre el nivel de conocimientos sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes hacia el tratamiento que tienen los pacientes, lo que nos dice que al brindar una información más detallada y de manera constante sobre la enfermedad beneficiaria al mejor manejo del tratamiento y recuperación del paciente.

También podemos encontrar la tesis de Zirena, Y. (2018) titulada “Relación entre el Factor Comunicación Verbal del Profesional Médico con la Adherencia al tratamiento en pacientes Hipertensos en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, 2017”. Este estudio descriptivo – correlacional tuvo como objetivo principal determinar la relación existente entre la comunicación verbal del personal médico del hospital regional Manuel Núñez Butrón y la adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión. Para ello se tomó una muestra de 82 pacientes con hipertensión que asistieron a los consultorios externos del hospital.

Para la parte de recolección de datos se usó el cuestionario de comunicación verbal y el Test MoriskyGreen- Levine para medir el nivel de

adherencia terapéutica de los pacientes. Estos fueron sometidos a pruebas de validez y confiabilidad a través de la evaluación de expertos y alfa de Cronbach respectivamente.

Los resultados obtenidos de esta investigación fueron que la comunicación verbal entre el médico y el 70.7% de los pacientes con hipertensión es efectiva y un 29.3% es poco efectiva. Así mismo, respecto a la adherencia al tratamiento, la mayor parte de pacientes fueron no adherentes (85.4%) y en menor porcentaje, adherentes (14.6%).

Así mismo, podemos ver la tesis de Yépez, G. (2018) con el título “Influencia de las relaciones interpersonales de los usuarios en la participación de los programas en el centro del adulto mayor Guadalupe - Provincia de Pacasmayo: 2017” la cual tuvo como fin explicar la influencia de las relaciones interpersonales entre usuarios en la participación de los programas en el Centro del Adulto Mayor Guadalupe - Provincia de Pacasmayo: 2017 y con ello brindar información para impulsar programas sociales dirigidos a los familiares e instituciones benefactores para contribuir en la solución de este problema social.

Para esta investigación de tipo explicativa se aplicó técnicas de recolección de datos cualitativas y cuantitativas a 44 usuarios del programa del adulto mayor. Entre los resultados que se obtuvieron se pudo deducir que presentan deficientes relaciones interpersonales debido al bajo nivel de comunicación, la falta de confianza, el escaso liderazgo y deficiente motivación entre usuarios que se convierten en los principales factores que limitan su participación en las actividades programadas en el Centro del Adulto Mayor Guadalupe

Vemos también la tesis de Cornejo, K. y Suarez, E. (2018) con el nombre “Comunicación terapéutica enfermera-paciente y nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martin Altuna – 2018”, la que buscó precisar la relación existente entre el grado de adherencia al tratamiento contra la tuberculosis en pacientes que se atienden en el Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martin Altuna y la comunicación terapéutica entre enfermera y paciente

Este estudio fue de tipo descriptivo-correlacional y transversal para el cual se usaron análisis documental y entrevistas mediante una ficha de registro y un cuestionario, el cual se desarrolló por las investigadoras con un total de cinco preguntas cerradas de opción múltiple y se midió su confiabilidad mediante una prueba piloto teniendo como resultado un coeficiente α de Cronbach de 0,80.

Como resultado se obtuvo que la comunicación terapéutica entre enfermera y paciente es en un 46% regular, 25% mala y 28.1% buena. Respecto al grado de adherencia al tratamiento antituberculoso el 43.8% resultó con un nivel regular, el 31.3%, malo y el 25% bueno. Al revisar la relación entre las variables se concluyó que al existir una mejor comunicación terapéutica entre enfermera y paciente, existe una mayor adherencia al tratamiento antituberculoso.

Navarro, A. (2019) en su tesis titulada “Impactos de la comunicación interpersonal en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018” tuvo como objetivo establecer el impacto generado en la autonomía de las gestantes, la comunicación interpersonal con el personal de obstetricia durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” en cusco en los meses de enero y febrero del 2018.

Para lograrlo, se hizo uso de la metodología cualitativa mediante entrevistas a profundidad y observación, así también, se describió el grado de importancia asignada por las gestantes y su nivel involucramiento en la toma de decisiones. También se identificó cuál es la percepción de las gestantes en relación a la calidad de atención que reciben por parte del personal de obstetricia.

Los resultados obtenidos fueron que la toma de decisiones en los controles prenatales es inequitativas, ya que el rol de la gestante es no participativo y de obediencia; en tanto que la obstetra, por sus conocimientos, es quien más participación tiene al momento de decisión. Así mismo, se tuvo que la percepción de calidad de atención, tanto médica como emocional, es negativa, debido a que se consideran al personal como poco respetuoso, asertivo y empático. Sin embargo, aun cuando esto ocurre dentro del centro de salud, esta relación de saber

y poder con las obstetras no limita el desarrollo de la autonomía de las gestantes fuera de este.

Finalmente encontramos la tesis de Flores, C. y Choquepuma, K. (2019) que se titula “Comunicación terapéutica y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial hospital municipal, Arequipa-2019” y tiene como objetivo determinar la relación de la comunicación terapéutica con la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos que acuden al Hospital Municipal de Arequipa. Este estudio de tipo cuantitativo utilizó como instrumentos de recolección de datos cuestionarios orientados a medir el nivel de comunicación terapéutica y adherencia terapéutica y fue aplicado a una muestra de 165 pacientes hipertensos de una población de 508.

Como resultados se obtuvo que las personas se caracterizan en su mayor parte por estar entre de 51 a 60 años (36.4%), mujeres (65.5%), casados (68.5%), grado universitario (33.3%), ocupación dependiente (52.1%) e ingreso mensual mínimo (52.1%). En relación a las dimensiones de la Comunicación Terapéutica se apreció que en cuanto a gestos y expresión (59.4%), modulación de la voz (60.0%), interés (71.5%), respeto (48.5%) e información (49.7%) se encuentran en un nivel alto. En cambio las dimensiones contacto visual (66.7%) y lenguaje (72.1%) se encuentran en un nivel medio. Resultando con una Comunicación Terapéutica de nivel medio (87.9%) y la Adherencia al tratamiento presentó un nivel alto (52.1%). En cuanto a las relaciones de las dimensiones respeto, información e interés no guardan relación significativa con Adherencia Terapéutica. Finalmente se demostró que existe una relación significativa entre ambas variables, deduciendo que a mayor Comunicación Terapéutica, hay un alto nivel de Adherencia al Tratamiento.

1.3.2 Antecedentes internacionales

A nivel internacional encontramos la tesis de Urrutia, M., Beoriza, P., & Araya, A. (2016) titulada “Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada.”. Esta tuvo como objetivo describir las barreras percibidas por la mujer histerectomizada en cuanto a la comunicación en el proceso quirúrgico. Este

estudio cualitativo se realizó en quince mujeres hysterectomizadas a quienes se les aplicó entrevistas en profundidad.

Los resultados identificaron diferentes barreras comunicativas las cuales nacen tanto del emisor como del receptor, por lo que no se logra un adecuado proceso educativo en relación al proceso quirúrgico. Entre las barreras existentes por parte de los profesionales, se encuentran el lenguaje técnico, la falta de tiempo, enojo, contradicciones en las indicaciones y lejanía. Mientras que por parte de las pacientes estas son la vergüenza, y la conformidad. Para concluir, se menciona que los profesionales de salud deben preocuparse en el desarrollo técnicas de comunicación que disminuyan las berreras comunicativas y que mejoren los resultados en salud; en ese sentido se recomienda que deben brindar información clara y sencilla, acompañada de un proceso de retroalimentación que compruebe su entendimiento.

Vargas, N. (2017) en su estudio “Evaluación del uso de la comunicación interpersonal en la relación médico - paciente en el Servicio Médico Universitario (SMU) de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE)” se plantea como pregunta ¿Cómo influye el manejo de la comunicación interpersonal entre el médico y el paciente en la satisfacción de la consulta médica después de ser atendido? Y tiene como objetivo determinar las características de la comunicación interpersonal entre médico - paciente en el SMU en consulta abierta, el manejo del lenguaje corporal, verbal, las competencias comunicacionales de los médicos y otros aspectos de la comunicación interpersonal.

Para esta investigación cuantitativa se utilizó una encuesta de 33 preguntas cerradas y una abierta, la cual se aplicó a un total de 100 personas que usaron el Servicio Médico Universitario de la PUCE. Como resultado se obtuvo que la mayoría de los pacientes se sintieron cómodos durante el encuentro clínico, además de asegurar que una relación sana con el médico resulta de ayuda en el proceso de curación, sin embargo, hay aspectos que merecen ser mejorados para que la consulta sea óptima.

También está la tesis de Oliveira, R. y Lavefre, F. (2017) llamada “Comunicación en la revelación del diagnóstico y adhesión al tratamiento de la

tuberculosis: Representaciones sociales de profesional y pacientes”, cuyo objetivo fue identificar y analizar las representaciones sociales y el contenido comunicativo durante la entrevista entre los profesionales de salud y pacientes con tuberculosis para la adherencia al tratamiento.

Para esta investigación cualitativa descriptiva se realizó entrevista semiestructurada con 39 profesionales de salud y 34 pacientes adultos en tratamiento, en 22 unidades de salud de la región sur de São Paulo (Brasil). El análisis de los discursos fue basado en las discusiones sobre “concientización”, desarrollados por Paulo Freire.

Se obtuvo como resultado que la falta de explicación del diagnóstico y el bajo nivel educativo en salud por parte de los pacientes, influyen en la adhesión al tratamiento por parte de este último; por lo tanto se concluye que la comunicación entre el personal de salud y la persona con tuberculosis es no competente puesto que no permite una adecuada interpretación del paciente de su realidad y cómo modificarla adhiriéndose al tratamiento indicado.

Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, et al. (2017) en su tesis “Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer” [Efecto de una intervención de comunicación centrada en el paciente sobre la comunicación oncólogo-paciente, la calidad de vida y la utilización de la atención médica en el cáncer avanzado]

La cual tuvo como objetivo determinar si una intervención combinada en la que participen oncólogos, pacientes con cáncer avanzado y cuidadores promovería la comunicación centrada en el paciente, y estimar los efectos de la intervención en la comprensión compartida, las relaciones médico-paciente, la calidad de vida y los tratamientos agresivos en los últimos 30 días de vida.

Para esta investigación participaron 38 médicos oncólogos (edad media 44,6 años; 11 (29%) mujeres) y 265 pacientes adultos residentes en la comunidad con cáncer avanzado no hematológico (edad media 64,4 años, 146 [55,0%] mujeres, 235 [89%] blancos; inscritos de agosto de 2012 a junio de 2014; seguidos

durante 3 años); 194 pacientes tuvieron cuidadores participantes. Los oncólogos recibieron capacitación en comunicación individualizada mediante instructores de pacientes estandarizados, mientras que los pacientes recibieron listas de preguntas y entrenamiento en comunicación individualizada para identificar los problemas que deben abordarse durante una próxima visita al oncólogo. Ambas intervenciones se centraron en hacer participar a los pacientes en las consultas, responder a las emociones, informar a los pacientes sobre el pronóstico y las opciones de tratamiento, y en la elaboración equilibrada de la información. Los participantes en el control no recibieron capacitación.

El resultado primario preespecificado fue una medida compuesta de comunicación centrada en el paciente codificada a partir de las grabaciones de audio de la primera visita al oncólogo después de la preparación del paciente (grupo de intervención) o la inscripción (control). Los resultados secundarios incluían la relación médico-paciente, la comprensión compartida del pronóstico, la calidad de vida y los tratamientos agresivos y el uso de hospicio en los últimos 30 días de vida. Se analizaron los datos de 38 oncólogos (19 asignados al azar a la intervención) y 265 pacientes (130 de la intervención). En los modelos totalmente ajustados, la intervención dio lugar a mejoras clínica y estadísticamente significativas en el punto final de la comunicación entre el médico y el paciente. Las diferencias en los resultados secundarios no fueron estadísticamente significativas.

Se concluyó que una intervención combinada que incluyó la capacitación en comunicación y el entrenamiento de los oncólogos para pacientes con cáncer avanzado fue eficaz para mejorar la comunicación centrada en el paciente, pero no afectó los resultados secundarios.

CAPÍTULO II MARCO CONTEXTUAL Y TEÓRICO

MARCO CONTEXTUAL

2.1 Tuberculosis en el Perú

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, una bacteria que se transmite de una persona a otra a través de pequeñas gotas de saliva expulsadas por los pacientes con enfermedad pulmonar activa al hablar, toser o estornudar. Esta infección puede ser asintomática en personas sanas si se tiene un sistema inmunológico fuerte; sin embargo, en una infección activa, los síntomas que se presentan son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna.

A pesar de que esta enfermedad es prevenible y curable, la OMS señala a la TBC como una de las 10 principales causas de muerte alrededor del mundo, presentándose con una incidencia del 62% en Asia Sudoriental y Pacífico Occidental y el 25% en África. En lo que respecta a América Latina, en el documento de la OPS “Tuberculosis en las Américas 2018” se menciona que el 87% de los casos de TBC en la región se encuentran distribuidos en 10 países, concentrando más de la mitad Brasil, Perú y México. Además de ello, menciona que solo cinco países de América concentran el 70 % de carga de los casos estimados de TBC RR/MDR o TBC farmacorresistente; siendo Perú el primero en esta lista con el 30.9% y el único país del continente americano que se encuentra entre los 30 países con mayor cantidad de casos de este tipo de tuberculosis.

Así mismo, la probabilidad de contagio y muerte por esta infección se agrava en personas con VIH, personas de bajos recursos económicos, migrantes, personas privadas de su libertad, con trastornos mentales o con adicción a las drogas o alcohol. (OMS 14:2018) De esta manera esta enfermedad actúa como un marcador de desigualdad al ser parte de un problema estructural y social. Lo cual nos lleva a que la mayoría de pacientes con TBC son parte de al menos dos grupos socialmente marginados y víctimas de una doble estigmatización.

Generalmente son estos factores los que influyen en la decisión del paciente de no tomar o abandonar su tratamiento en cuanto empiezan a sentirse mejor, sobre todo porque

consideran que el continuar con el tratamiento es dar a conocer su enfermedad. Esto representa un problema de salud pública grave, puesto que el paciente va a seguir infectando a más personas y además, puede generar resistencia a los medicamentos contra la TBC, pasando a ser una persona con tuberculosis farmacorresistente, contagiando a los demás en este nivel. Es decir, que los principales medicamentos para combatir esta enfermedad dejaran de tener efecto en ella, lo cual empeorara la situación de salud del paciente, alargará y dificultara el tratamiento; y además propagará este tipo de bacterias resistentes a los medicamentos entre las demás personas. Por esta razón, la OMS exhorta a los países no solo a vencer la enfermedad una vez detectada; sino también a prevenirla mejorando las condiciones de vida de las personas, disminuyendo la tasa de desnutrición, incrementando el acceso a agua potable y desagüe, mejorando la calidad de los servicios públicos y de salud, y educando a las personas en prevención.

Según el Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis del MINSA, la tasa de incidencia de esta enfermedad en el Perú por cada cien mil habitantes subió de 85.4 en el 2017 al 88.8 en el 2019. En ese sentido, señala que las regiones con mayor incidencia de TBC en el Perú son Ucayali con 144.2, Madre de Dios con 128 y Lima metropolitana con 106.8, seguidas del Callao con 99.6 y Loreto con 96.7. Sin embargo, por la cantidad de habitantes de cada región encontramos las regiones con mayor cantidad de personas afectadas por TBC son Lima Metropolitana y Callao. Así mismo, estas cifras son preocupantes si hablamos de la presencia de la TBC en pacientes con VIH o con Diabetes Mellitus (DM) la cual supera el 90% en ambos casos.

Si bien es cierto, no se considera que estas cifras hayan tenido un aumento dramático con respecto a años anteriores, lo que se espera es que la incidencia de casos disminuya; para ello, en el país se han ido implementando diferentes planes y programas contra la.

2.1.1 Políticas públicas contra la TBC en el Perú

Según el documento técnico del MINSA (2012) titulado Impacto Socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú, en el año de 1989, el Programa Nacional de Control de Tuberculosis en el Perú (PNCTB) tuvo un presupuesto de 250 mil dólares. Durante la década del 90' este presupuesto aumentó a 3 millones como parte de la estrategia DOTS (Tratamiento Acortado Directamente Observado con siglas en inglés) contra la TBC de la OMS, esto permitió que por

primera vez en el país se pudiera brindar diagnóstico y tratamiento gratuito. Ello es importante, pues tal y como lo califica la OMS, los medicamentos contra la TBC tienen un costo bastante elevado, y en un país como el Perú en la década de los 90, e incluso ahora, difícilmente una persona podría costear estos gastos de manera particular. Ello garantiza no solo el acceso de las personas al tratamiento; si no también que exista la supervisión requerida durante el mismo, ya que “el tratamiento supervisado es necesario pues la TB requiere de un tratamiento difícil durante varios meses (seis meses para los casos nuevos, ocho meses para las recaídas y hasta 24 meses para aquellos con TB multirresistente) para evitar con ello que el germen del paciente se vuelva resistente por irregularidad al tratamiento” (MINSA 2012:17).

A partir del año 2004, el Perú recibió el respaldo del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la Malaria (FMSTM) lo cual permitió que el acceso al tratamiento contra la TB MDR alcanzará una cobertura de 80%, esto es 62 puntos porcentuales más que la década anterior. Junto con ello, también aumento la incidencia de casos de TBC y; además contrario a lo que se creería, durante la primera década del siglo, el porcentaje de abandono de tratamiento paso de 2.1% a 6%. Es así que en el año 2010 en Ministerio de Salud junto con el FMSTM elaboran el Plan Estratégico Multisectorial contra la TBC (PEM) 2010 – 2019, en el que se detalla la importancia de los fondos internacionales y distintos programas sociales en la prevención y cura de la TBC; también se resalta la importancia de la Organización de afectados por Tuberculosis (OAT) y su participación en el “empoderamiento de los enfermos, el ejercicio de la ciudadanía, la concepción de la TB como enfermedad social y la importancia de superar el estigma y la discriminación a causa de la TB.” (2010:50) De esta manera, señala que:

Si bien son importantes los avances desarrollados en torno a la organización y empoderamiento de los afectados, aún se hace necesario fortalecer sus capacidades organizativas, de gestión y de abogacía. Así mismo, expandir su número ya sean organizaciones sólo de enfermos o mixtas y fortalecer los vínculos a nivel local, regional y nacional. (MINSA, 2010, p.51)

Entre los objetivos planteados en este plan, encontramos el diagnóstico, control y cura gratuita y oportuna de la TBC así como el apoyo social y económico

al paciente y a su familia. También se menciona la identificación y vigilancia de las poblaciones vulnerables para la prevención de la expansión de la enfermedad; así como la mejora de la calidad nutricional, bioseguridad, reducción de hacinamiento y mejora de la empleabilidad de la población en general.

Sin embargo es todavía en el 2014, cuando se aprueba la ley N° 30287, llamada “Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú”. Según se expone, esta tiene por objetivo “Regular los mecanismos de articulación entre los sectores involucrados en la prevención y el control de la tuberculosis, garantizando la cobertura y continuidad de una política de Estado de lucha contra esta enfermedad”.

En esta se establecen los derechos y deberes de la Persona afectada con TBC (PAT) durante su tratamiento, buscando una participación activa del paciente en el cuidado de su salud; también dispone los beneficios que un trabajador o estudiante con TBC debe tener a fin de que la enfermedad no afecte su desarrollo social y/o profesional. Así mismo, pese a la existencia del Plan Estratégico Multisectorial contra la TBC 2010 – 2019, debido a la evolución de la enfermedad, se encarga al Ministerio de Salud la creación de un nuevo plan nacional y de un plan de emergencia para las regiones más afectadas por esta enfermedad.

Es así como en el 2015, se aprueba por decreto ministerial el “Plan de Emergencia para la prevención y control de la tuberculosis en Lima Metropolitana y Callao” debido a que son estas dos regiones las que presentan una tasa mayor en incidencia de TBC en todos sus tipos, además de brechas sociales muy marcadas que llevan a que una persona afectada por esta enfermedad tenga mayor alcance de infección y contagio.

Este plan busca no solo asegurar el tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis, sino incrementar el nivel de adherencia mediante un trabajo en conjunto y multidisciplinar que incluyen consejería y ayuda psicológica al paciente y la familia. Así mismo, plantea la sensibilización y difusión de información de la enfermedad en la población con el fin de que las personas sean capaces de evitar su contagio. Todo ello sumado a la mejora infraestructural de

los centros de salud para no poner en riesgo la salud de los trabajadores y además brindar mejores condiciones de atención a los pacientes con TB.

El informe final del Plan de Emergencia señala que gracias a este se logró reducir el número de abandonos de tratamiento, incrementar la cobertura de exámenes de diagnóstico, incrementar la cobertura de terapia preventiva en menores y la detección temprana de la enfermedad en las regiones de Lima Metropolitana y Callao. Debido a ello en marzo del 2018 se aprueba el Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto 2018 – 2020, con el fin de replicar y extender los resultados antes mencionados.

Posteriormente, en la “Presentación de la Evaluación del PEM 2010 – 2019 y actualización del Plan Nacional Multisectorial para la respuesta a la Tuberculosis en el Perú Periodo 2019 - 2023” se detallan algunos problemas para los que las soluciones brindadas en los diferentes planes y proyectos contra la TBC no fueron suficientes; esto debido a que no se cuenta con la cantidad de personal debidamente capacitado para trabajar con los PAT, los medicamentos entregados a nivel nacional no son suficientes, la logística usada para el transporte de muestras no es adecuada, y no se brinda información ni apoyo psicológico y emocional adecuado a las familias y a la PAT.

Señala también que estos problemas se agravan enormemente fuera de Lima y que a nivel de gestión no existe una verdadera participación intersectorial ya que los gobiernos locales y regionales actúan independientemente de los planes de salud nacionales y además muchos de ellos no contemplan la Tuberculosis como un problema. Así mismo resalta la importancia de la participación y el empoderamiento de la ciudadanía mediante la información y el desarrollo de su capacidad de autocuidado en salud.

2.2 Tratamiento antituberculoso: características y protocolo

En el Perú, todos los tratamientos antituberculosos están regulados por la RM N°752 – 2018/MINSA denominada Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las

Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobado por el MINSA en el 2018. En este documentos se detalla los medicamentos que debe recibir el paciente según el tipo de TBC que padezca, el tiempo que dura el tratamiento, los exámenes de control, así como el acompañamiento que debe de tener por parte del personal de salud.

Para todos los casos, antes de iniciar el tratamiento, el paciente es libre de decidir si quiere o no recibirlo; esta decisión es apresada mediante un consentimiento informado luego que el personal de salud le ha brindado toda la información necesaria sobre la enfermedad, así como las consecuencias de no llevar el tratamiento y los efectos secundarios que este puede tener. La administración del tratamiento debe ser supervisada de manera directa por el personal de enfermería de Lunes a Sábado (incluido los feriados) de esta manera se garantiza el cumplimiento de las dosis programadas. En ese sentido la norma también señala que es el personal de enfermería el responsable de “organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y la comunidad” (MINSA 77:2018) para lo que deberá:

1. Organizar la búsqueda de casos nuevos mediante la educación de la comunidad y la coordinación con el personal de otras áreas.
2. Educar y brindar consejería al paciente y a su entorno más cercano para un adecuado seguimiento del tratamiento antituberculoso, así como del control de salud de los familiares del paciente.
3. Organizar, administrar y realizar el seguimiento necesario durante el tratamiento de las PAT coordinando las acciones de las demás especialidades que influyen en el proceso de recuperación.
4. Promover la adherencia adecuada al tratamiento mediante el planteamiento de estrategias específicas para prevenir la irregularidad y el abandono del tratamiento en cada paciente
5. Coordinar el seguimiento del tratamiento, explicar los resultados de los exámenes de control a los pacientes y educar al entorno en prevención de la TBC.
6. De ser necesario, organizar, suministrar y monitorear el tratamiento preventivo brindado a niños, gestantes y adultos mayores pertenecientes al entorno cercano del paciente a fin de evitar la propagación de la enfermedad.

7. Organizar las derivaciones y transferencias de los pacientes de un centro de salud a otro.
8. Registrar y analizar la información a fin de generar estrategias de promoción y prevención de salud a nivel local.

En el caso de las PAT farmacosensibles, el tratamiento tiene una duración de 6 meses. Durante ese tiempo los exámenes de control mensual incluyen la evaluación de enfermería, baciloscopia y control de peso. Solo en el segundo y en el sexto mes, se añade la evaluación por el médico tratante, evaluación psicología, nutricional y por el área de trabajo social. En caso el paciente presente alguna otra enfermedad crónica, como VIH o Diabetes, tendrá que evaluarse con el médico de esa especialidad de manera bimestral.

Si para el segundo mes del tratamiento, ambas baciloscopias de control han dado un resultado positivo, se realizarán exámenes adicionales para determinar si es resistente a alguno de los medicamentos suministrados. En caso de resultar positivos, el esquema de tratamiento y control varía.

Para las PAT farmacorresistentes el tratamiento puede durar desde 18 meses para la TB monorresistente hasta 2 años para TB MDR. Además de los medicamentos administrados por vía oral y controles de baciloscopia mensuales, se incluyen inyectables y el monitoreo de efectos adversos de los medicamentos. A pesar de que el tratamiento para estos pacientes es más agresivo y más largo; e incluso en los casos de TB XDR incluyen el internamiento y aislamiento del paciente, la visita al servicio de trabajo social y psicología se realiza cada 6 meses, lo cual, según la evaluación del PEM 2010 – 2019 es una barrera para la lucha contra la TBC, ya que no se brinda una atención integral ni un correcto acompañamiento del paciente, recayendo toda la responsabilidad sobre el personal de enfermería, quien en ocasiones al no darse abasto, genera una sensación de maltrato en el paciente.

2.3 Sistema de Salud Regional en el Callao

El sector salud en el Callao se encuentra a cargo de la Dirección Regional de Salud del Callao (DIRESA Callao). Esta a su vez, está dividida en 4 órganos desconcertados conformados por tres redes de salud y el Hospital Daniel Alcides Carrión.



1. Red de Salud Bonilla – La Punta:

Además es la responsable de la vigilancia de salud de Centro de Desarrollo Juvenil Sarita Colonia.

Incluye la mayor parte del territorio de Callao Cercado, y la totalidad de los distritos de Bellavista, Carmen de la Legua y La Perla. Está conformada por las microrredes de salud de Aeropuerto, Bellavista, Faucett y Sesquicentenario las que tienen a su cargo un total de 15 centros de salud.

3. Red de salud Ventanilla:

Que abarca los territorios de los distritos de Ventanilla y Mi Perú en su totalidad y está dividida en las microrredes de Angamos, Forjando Salud, Márquez y Ventanilla con un total de 16 centros de salud.

Además de ello, cuenta con 3 hospitales a cargo del MINSA: Hospital Nacional Alcides Carrión, Hospital San José y el Hospital de Ventanilla, dos hospitales de EsSalud, que son el Hospital Sabogal y Luis Negreiros Vega, el hospital Naval y otros 3 centros hospitalarios a cargo del gobierno regional, conocidos como “Hospitales Chalacos”

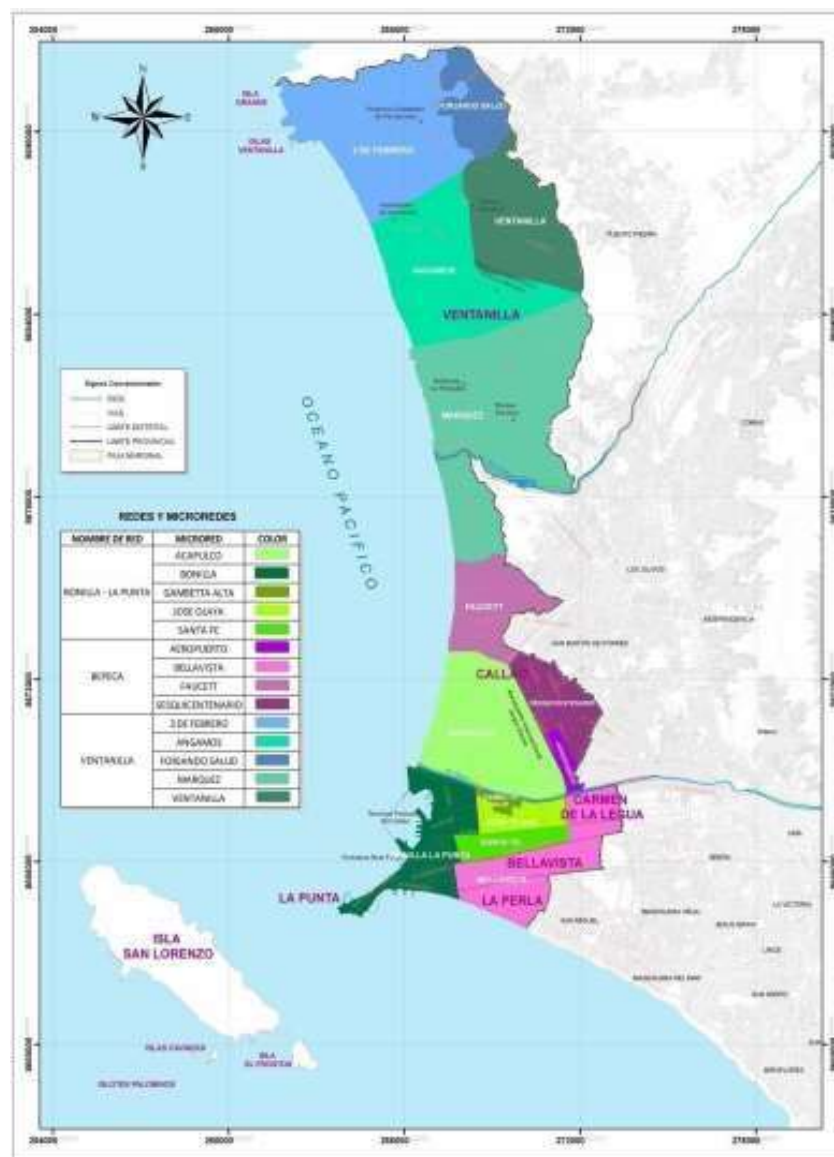


Imagen 2 Mapa de Redes y Microrredes de Salud en Callao (Fuente: GORE Callao)

2.3.1 Asentamiento Humano Bocanegra

Según el Sistema de Consulta de abastecimiento de Agua por Red Pública del INEI, el A.H. Bocanegra cuenta con un total de 45425 personas censadas, de las cuales el 48.6% son varones y el 51.4% son mujeres, siendo así el asentamiento humano con mayor población en el Callao. Territorialmente, Bocanegra está dividida en 5 sectores con un total de 230 manzanas, de las que solo 2 tienen un abastecimiento de agua parcial superior al 60% y el resto cuenta con abastecimiento de agua superior al 80%, es decir, todas las viviendas cuentan con servicio de agua potable durante la mayor parte del día y están conectadas a una red de alcantarillas.

Por otro lado, según el Sistema de Información Georreferenciado Penitenciario, el 3.5 % de reos del Callao provienen de este asentamiento humanos, siendo así la segunda zona con mayor población penitenciaria y el primer asentamiento humano con esta característica, siendo así que 153 internos de los 4320 de la cárcel del Callao proviene de este sector.

En cuanto a salud de refiere, el A.H. Bocanegra pertenece al territorio de atención de la red BEPECA y está atendido por tres centros de salud diferentes.

1. Centro de Salud Bocanegra: Este centro de salud pertenece a la micro red Sesquicentenario y atiende a la población de los sectores 1, 2 y 3 del asentamiento humano, siendo así el centro de salud con mayor población asignada.
2. Centro de Salud Aeropuerto: Pertenece a la micro red Aeropuerto y atiende a la población del sector 4 del A.H. Bocanegra y a la de la urbanización Aeropuerto.
3. Centro de Salud Polígono IV: pertenece también a la micro red Aeropuerto y tienen asignada a la población del sector 5 del asentamiento humano

Los tres centros de salud se ubican en el primer nivel de atención y segundo nivel de complejidad, por lo que tienen como principales funciones el cuidado de la salud comunitaria y ambiental.

MARCO TEÓRICO

2.4 Comunicación en salud

En el campo de la comunicación para la salud, la comunicación es conceptualizada como el “proceso social central” de mayor influencia dentro de la salud, tanto como servicio como derecho (Kreps, 2015). Desde la salud, se reconoce la importancia de la comunicación para informar a los pacientes y usuarios de los servicios de salud acerca de temas o situaciones que deben prevenir, evitar o cambiar para su bienestar. Incluso, la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de la comunicación en acciones de promoción de la salud, ligándola con la educación para el cambio de comportamiento y prevención. Así lo indica Rojas-Rajs y Jarillo (2018) cuando mencionan que al día de hoy sería imposible pensar en una estrategia sanitaria o un servicio de salud que se desarrolle sin tomar en cuenta a la comunicación.

De acuerdo a lo antedicho, la OMS (2010) define la Comunicación en Salud como el uso y estudio de estrategias de comunicación que buscan informar e influenciar en las decisiones individuales con el fin de mejorar la salud de las personas a nivel personal y colectivo. Bajo ese concepto, plantea seis atributos que las actividades en comunicación deben tener: accesibilidad, factibilidad, credibilidad, fiabilidad, pertinencia, temporalidad y de fácil entendimiento. Todo ello, mediante el trabajo conjunto de las personas, comunidades, trabajadores de salud, OMS, organizaciones nacionales, internacionales e instancias normativas que permitan la legalidad y el deber de éstas; teniendo como objetivo principal “proporcionar información, recomendaciones y orientación a las instancias decisorias (los principales destinatarios) para inducir la adopción de medidas que protejan la salud de las personas, las familias, las comunidades y los países.” (Choque 2005:8)

Sin embargo, podemos notar la concepción de una comunicación instrumentalizada y vertical mediante la cual la población es guiada. Según lo manifiesta Alfaro (2005) esto ocurre debido a que aún existe en la sociedad una mirada “medicalizada” de la salud en la que solo quienes pertenecen a este campo, como profesionales de medicina, enfermería, etc. son quienes están capacitados y autorizados para hablar de ello; lo que a su vez los vuelve los únicos responsables de cuidar la salud de la población.

A su vez, Montes de Oca y Rizk (2014) señalan que concebir la comunicación como un instrumento de la salud lleva a desestimarla, viéndola solo como parte de la cura de la enfermedad; es decir, lleva a que la comunicación no sea más que las indicaciones médicas tanto a nivel individual como a nivel colectivo, reflejado en la forma en que las campañas de promoción y prevención de la salud se realizan. En ese sentido, podemos decir que el verdadero rol de la comunicación en el campo de la salud sería el acercar esta última a la población; es decir debido a la característica social de la comunicación, esta “socializa” la salud, dejando que esta sea también parte de las personas, no solo de los hospitales, médicos o enfermeras, entendiendo en ese sentido a la comunicación como el proceso de comprensión y reconocimiento de las necesidades del otro.

Es así como, según el MINSA (2002) la Comunicación para la salud se define como:

El proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar (citado en Choque, 2005, p.8)

En esa misma línea, Singhal (2005) nos dice que los planteamientos de la comunicación en salud deben darse desde la cultura viéndola como una aliada para generar los procesos de desarrollo en la población, mediante la reconstrucción de ritos y narrativas, además de la creación de una pedagogía basada en la cultura para el cuidado de la salud. (p.993). Es por eso que si quisiéramos definir la Comunicación y Salud, tendríamos que hacerlo desde la participación comunitaria; para lo cual, según Araujo y Cuberli (2015), debemos que recurrir a Beltrán (2011), quien dice que:

La comunicación para la salud es el proceso en el que diferentes actores sociales e institucionales (públicos y privados) – teniendo como eje a la comunidad – diagnostican, planifican, producen, difunden y evalúan mensajes que proporcionen conocimientos, forjen actitudes y provoquen practicas favorables al cuidado de la salud compatibles con las aspiraciones de la comunidad (citado en Araujo y Cuberli, 2015, p.21)

Según Kreps, en este campo se puede distinguir dos áreas de investigación; por un lado, la comunicación en la visita médica o comunicación interpersonal en salud, la cual estudia principalmente la influencia de la comunicación en la calidad de atención, tratamiento, mejora del paciente y soporte emocional. Mientras que por otro lado encontramos a la comunicación en la promoción de la salud, ligada más a la comunicación

social, organizacional y grupal, en salud. Esta busca estudiar la influencia de la comunicación en el desarrollo e implementación de actividades de educación en la salud, así como en campañas, planes, programas de gobierno, etc.

De esta manera podemos identificar cuatro principales aportes de la comunicación en el campo de la salud (Aldana, 2005, p.53).

El primero es la vinculación entre el estado y la ciudadanía a través de la relación que forma la población con los trabajadores de salud; esto se debe a que la población ve a la salud como un servicio estatal y por ende, de manera simbólica, ve en los servicios de salud la representación del estado. Si el usuario recibe una buena atención, lo relacionara con que tanto su salud como él es importantes; si por el contrario este se siente maltratado, asumirá que su bienestar no tiene ninguna relevancia y que además el sentirse mal representa una carga. Lamentablemente es esta última situación la más frecuente. Esto genera, como es natural, que la persona no quiera hacer uso de los servicios de salud y que por lo tanto demore asistir a uno, a menos la situación en la que se encuentra sea muy grave y represente para él una verdadera necesidad.

Además, esto lo excluye de su participación en el cuidado de su salud y del ejercicio de sus derechos dejándolo así mucho más vulnerable a ser víctima de los malos tratos de los trabajadores de salud; para quienes los paciente o usuarios no tienen ninguna autoridad para hablar de salud puesto que, se considera que si una persona tiene los conocimientos básicos del cuidado de su salud; no esperaría a estar en una situación grave para recibir atención médica; generando un círculo vicioso que perpetua la comunicación vertical y paternalista en la que el ciudadano es un recepto pasivo de información y que incluso no tiene derecho a la retroalimentación.

El segundo hace referencia a la creación y fortalecimiento de redes sociales o, cómo se les conoce en salud “las redes de apoyo”, debido a la función que cumplen principalmente en el soporte psicológico y social de las personas afectadas por alguna enfermedad crónica. Estas redes de apoyo generalmente están conformadas su entorno inmediato, es decir familia y amigos. La importancia de estas redes en salud además del acompañamiento al enfermo, también radica en el ámbito de promoción ya que contribuyen a la adopción de comportamientos saludables, la protección de comportamientos de riesgo y la transmisión de mensajes, todo ello al funcionar como

emisores directos de un diálogo horizontal y de confianza; lo que además contribuye a la generación de intercambio de conocimientos y movilización social, ayudando a su vez a disminuir las brechas de educación en salud y a continuar la transmisión de cambio. Ya que como lo señalan Rojas – Rajs y Jarillo estos cambios en salud no solo incluyen “el incremento del uso de los servicios de salud, la aceptación y seguimiento de tratamientos (por ejemplo, antirretroviral supervisado) o la participación social en programas de detección precoz (como cáncer cérvico uterino); también se refieren a modificar la forma en la que las personas viven su vida cotidiana, particularmente al integrar el concepto de estilos de vida saludable” (2018: 590) lo cual nos lleva al tercer aporte de la comunicación en salud: desarrollo de una cultura de salud.

Para generar esta cultura en salud es necesario llevar a cabo procesos educativos y comunicacionales que le brinden a la población los conocimientos necesarios y la capacidad de uso de recursos inmediatos para el cuidado de su salud. Esto no solo tiene que ver con la adopción de comportamientos saludables enseñados para la prevención de enfermedades. Lo que se busca principalmente es que las personas tomen conciencia de que el acceso a la salud es un derecho y que ellos tienen la responsabilidad y el deber de ejercerlo; que tengan acceso libre a información y que además tengan las herramientas necesarias para cuestionarla a fin de construir su propio conocimiento que incluya o excluya tradiciones o comportamientos culturales según la contribución de estos al cuidado de su salud y que además, puedan interiorizarlo y ponerlo en práctica con mayor rapidez. El desarrollo de esta cultura en salud incluye además del cuidado individual, la protección y conservación del medio ambiente al reconocerlo como un factor influyente en la salud de las personas. Así lo sostiene Beltrán (2010) cuando define a la comunicación para la salud como:

Un ejercicio educativo comprometido con la generación de cambios de conducta conducentes al mejoramiento del estado de la salud del pueblo. Así lo subraya específicamente una reciente definición de especialistas que la entienden como la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven salud, previenen contra la enfermedad y protegen de daños a las personas (Elder, et al, 1993, p. 19 citado en Beltrán, 2010, p.36)

Montes de Oca y Rizk (2014) nominan a este enfoque “EcoSalud”, el cual consideran necesario para que los planes programas; y en general los procesos de intervención sanitaria logren satisfacer las necesidades en salud de las personas; debido a

que no la aíslan ya que “con su mirada integradora proporciona algunas pistas que deben considerarse para lograr un comunicador para la salud con mirada integradora, equitativa, transdisciplinaria y participativa, competente para crear una atmósfera dialógica en la que se pueda construir una sociedad saludable”. (2014, p.1)

El cuarto aporte que Aldana identifica de la comunicación en la salud es la generación de diálogo entre el sector público y privado con el fin de generar políticas públicas consensuadas que permitan el trabajo en conjunto. Este diálogo no deberá excluir a la población, asociaciones civiles, ONG, colegios profesionales, etc., pues como ya se mencionó anteriormente, esta debe estar debidamente informada a fin de que pueda defender sus derechos en caso sea necesario; es decir, la generación de diálogo no debe excluir al disenso, por el contrario debe buscar que sea parte de para no sesgar la información que se le brinda la población y no mermar su capacidad de crítica. Un rol importante juega los medios de comunicación, quienes, además de informar sobre los avances o falencias del sistema de salud, deben contribuir a la apropiación de la salud de las personas.

2.4.1 Comunicación interpersonal en salud: relación médico – paciente

En términos de la relación interpersonal médico – paciente, entendemos esta como la que existe entre el personal de salud y el usuario del servicio de salud. Es decir, cuando nos referimos al médico, estamos hablando también de enfermeros, técnicos, etc., o el actor que tenga el conocimiento técnico y científico necesario para poder ayudar al paciente o usuario del servicio de salud en lo que solicite.

La relación médico – paciente quedaría definida por un profesional que se detiene junto al enfermo y que pasa tiempo con él, con la finalidad de procurar el alivio si está en sus manos, al alcance de su arte o de la terapéutica existentes. Se trata pues de una relación humanitaria y humanizadora. (Organización Médica Colegial de España, 2017, p.13 -14)

Esta relación es el resultado de un proceso comunicativo el cual tiene como fin primario el intercambio de un servicio. Según Forguione – Pérez (2015), para que esta relación funcione de manera adecuada, es necesario que ambas partes se tengan confianza entre sí. Si bien es cierto, puede resultar obvio que el paciente necesite cierta seguridad de que el médico posee la capacidad de auxiliarlo; el

médico también debe poder confiar en lo que el paciente le dice durante las entrevistas de salud para poder atenderlo como lo necesite.

Podemos decir que una adecuada relación médico – paciente contribuye enormemente en la mejora de la salud de este último; ya que un buen trato entre ambos está estrechamente relacionado con la continuidad de asistencia del paciente al centro de salud, lo cual aumenta la posibilidad de detección temprana de ciertas enfermedades; así mismo disminuye los casos de automedicación, morbilidad, resistencia a los medicamentos y costos de tratamiento. (Forguione – Pérez, 2015)

Por otro lado, para Erazo (2012) la comunicación interpersonal además de tener un alto componente terapéutico y de ser un factor fundamental de una correcta atención médica y la satisfacción del paciente, no puede ser reemplazada por ningún avance tecnológico como sí podría serlo el proceso de diagnóstico, elección de tratamiento e incluso algunas habilidades clínicas del personal de salud. Esto se debe a que muchas veces, además de señalar dolencias físicas, el paciente ingresa al consultorio explicándole al personal de salud cómo se siente emocionalmente; incluso si no lo menciona de manera textual, es natural que esto repercuta en su estado de ánimo. Por ello, Jaramillo, L., Pinilla, C; Duque, M. & González, L. (2004) señala que la capacidad del médico de mostrar interés por lo que ocurre con el paciente posibilita que ambos se relacionen adecuadamente, permitiendo que el paciente reconozca su importancia en la interacción. Así mismo, menciona que:

Escuchar al paciente es asumirlo como interlocutor válido de comunicación, posibilitando una acción (comunicativa) propicia en la forma de dar razón de algo y no sólo receptor pasivo de su tratamiento; esto con el fin de que pueda expresar en forma abierta y sincera sus necesidades e inquietudes. El paciente podrá ser en el momento alguien que necesite atención física, pero todos (paciente y personal de la salud) necesitamos atención comunicativa (ser escuchados), pues día a día se aprende del otro en medio de la interacción (Jaramillo, et al. 2004, p.30)

Es ese sentido, es importante señalar que, como en toda relación interpersonal, el contexto en el que esta se desarrolla influye mucho en la forma de interacción existente, Gamboa (2001) señala que en este proceso, es la práctica médica la que actúa sobre los constructos sociales, histórico, culturales y

económicos de cada paciente. (2001:25) Es decir, el médico es quien debe adaptarse al paciente con el fin de lograr una interacción adecuada y construir una relación estable y duradera que permita la satisfacción del mismo. Así mismo, para la Organización Médica Colegial de España (OMC) es importante también reconocer que cada médico tiene también su propia idiosincrasia que le servirá para determinar la forma en que se construye esta relación, puesto que “la relación médico-paciente se posiciona como uno de los pocos garantes contra el aislamiento. Es un espacio en el que las personas pueden encontrar consuelo y ayuda, y un ser humano que le ofrezca bidireccionalidad y confianza mutua” (2017:38)

Inclusive, según Núñez et al. (2015) esta relación puede llegar más allá del nivel terapéutico hasta convertirse en una relación amistosa y personal, así nos menciona que

Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal, en la cual surja una amistad, lo cual implica que existan dos condiciones: proximidad, es decir un amor desinteresado que se prodiga a otro ser humano desconocido y confianza, que consiste en infundir en el otro lo que en la propia persona es más íntimo, más “propio”. (Núñez et al.2015, p.21)

2.4.2 Modelos de relación médico – paciente

Existen diversas formas de clasificar la relación entre el personal de salud y el paciente, estas se basan principalmente en el nivel de participación y responsabilidad que el usuario adopta; sin embargo, para la presente investigación tomaremos la clasificación de Emanuel y Emanuel quienes desarrollan estos modelos en base a tres criterios:

(1) Quién establece la agenda y las metas de la visita (el médico, el paciente, o el médico y el paciente en la negociación); (2) el papel de los valores de los pacientes (asumidos por el médico para ser consistentes con los suyos, explorados conjuntamente por el paciente y el médico, o no examinados); y (3) el papel funcional asumido por el médico (guardián, consejero o consultor). (1992, Citado en Rotter y Mcneilis, 2003, p.122)

Types of Physician-Patient Relationships			
		<i>Physician Control</i>	
		<i>Low</i>	<i>High</i>
<i>Patient Control</i>	Low	Default	Paternalism
	High	Consumerism	Mutuality

Imagen 3 Tipos de Relación Médico - Paciente (Roter, D. y McNeilis, K., 2003:123)

En la ilustración anterior se muestran los cuatro modelos de relación médico – paciente que se desprende de estos criterios. En el Modelo mutualista, la participación de ambos miembros es alta e igualitaria. En este caso “los objetivos, la agenda y las decisiones son el resultado de la negociación entre los participantes; tanto el paciente como el médico pasan a formar parte de una empresa conjunta. El diálogo médico es el vehículo a través del cual se articulan y se exploran explícitamente los valores del paciente. A lo largo de este proceso, el médico actúa como consejero o asesor” (Emanuel y Emanuel, 1992, Citado en Rotter y Mcneilis, 2003:123)

En el modelo Consumista, es la decisión del paciente la que predomina en el encuentro médico, este es el que guía la conversación y el nivel de interacción será marcado por sus necesidades. En este modelo la cita médica es netamente un servicio similar a cualquier otro intercambio de mercado donde el paciente es el comprador, mientras el papel del médico es la de brindar información. En muchos casos, en este tipo de relación se puede reducir demasiado el papel del médico al punto de ser un simple dispensador de recetas. “Bajo esta percepción, muchos pacientes brindan un mal trato al galeno a causa de sus construcciones sociales y expectativas irreales en cuanto a su recuperación y las obligaciones del clínico, desconociendo que en ocasiones el sistema de salud no brinda las herramientas y suministros necesarios para prestar un buen servicio” (Forguione – Pérez, 2015)

El tercer modelo, el Paternalista, es el más predominante. En este modelo es el médico quien lleva el control de la conversación, objetivos, decisiones e

información brindada. Esta relación, se basa principalmente en el reconocimiento del médico como el más capacitado y el que más conocimiento técnico posee. En esta interacción el médico busca actuar y tomar decisiones para el paciente según lo que el supone que le será más favorecedor para este. “Incluso cuando ambas partes han acordado mutuamente una relación paternalista, el paciente y el médico a menudo están en una posición tan desigual que el paciente no puede conformar la relación en el mismo grado que la física. Existe, pues, la posibilidad de que el paciente adopte un papel pasivo, sin estar plenamente consciente de las alternativas ni ser capaz de negociar una postura más activa” (Comisión del Presidente, 1982. Citado en Rotter y Mcneilis, 2003:123)

Por último una relación Deficiente se da cuando ambas partes tienen una visión negativa del otro y por lo tanto, no existe la negociación. En estos casos el paciente considera que el médico es un mal profesional; mientras que este considera que el paciente no es responsable de su salud. Al no existir confianza, el personal de salud brinda información deficiente y muchas veces técnica que el paciente muchas veces no entiende y no repregunta, lo que le lleva a buscar respuestas en otras personas no capacitadas, pero con las que sí tiene mejor comunicación. Esto lleva a que la relación no avance en ningún sentido.

“Adicionalmente, los médicos sienten que han perdido el respeto y autonomía en su profesión, pues están obligados a tener encuentros esporádicos con los pacientes, muchas veces sin poderles hacer un adecuado seguimiento, ni contando con tiempo para despejar sus dudas. Esta situación también predispone al paciente a actitudes agresivas y no adecuadas, acudiendo al médico simplemente a exigir tratamientos o procedimientos que han funcionado en personas que cursan con su misma enfermedad; esto es a menudo debido a la falta de educación del paciente sobre temas médicos.” (Forguione – Pérez, 2015)

2.5 Modelo de transformación de comunicación y resultados en salud

Este modelo de comunicación en salud tiene como base la Teoría General de Sistemas de sistemas de Input – Process – Output; en la que se basa también la Teoría de la información.

Para Kreps, O'hair & Clowers (1994) quienes propusieron el Modelo de Transformación de Comunicación y resultados en Salud, las entradas o *input* vendrían a ser las actividades que se realizan en la atención y promoción de la salud; es decir los

insumos con los cuales estas se llevan a cabo y los factores que influyen en este como, los problemas o riesgos de salud, las actitudes, creencias y expectativas tanto de los proveedores de salud como del usuario. El proceso sería la comunicación en si misma que se desarrolla dentro de la relación entre ambas partes, este proceso está conformado principalmente por los mensajes, tanto verbales como no verbales, y el canal usado; mientras que los resultados u *output* son los resultados logrados los cuales son cognitivos, psicológicos y de comportamiento. (Kreps et al., 1994:253)

Así mismo, con respecto a otros conceptos y principios de la Teoría matemática de la Comunicación, el autor resalta entre ellos a la búsqueda de la entropía negativa. Esta se define como la propensión de la naturaleza de generar desorden dentro de lo ya ordenado, generando de esta manera una aceleración en la degeneración biológica y social. Según Wiener “la cantidad de información de un sistema es la medida de su grado de organización” la cual es contraria a la entropía. (Wiener, 1948. Citado en Mattelart y Mattelart 1997:47). En el caso del Modelo de Transformación de Comunicación y Resultados en salud, Kreps señala que se logra un entropía negativa debido a que una vez la relación entre ambas partes sea integral se logra “transformar los insumos relevantes en productos ventajosos, esto significa que los comunicadores en las actividades de atención de salud/promoción de la salud producen los resultados de salud deseados” (Kreps, et al 1994:254)

Otro de los principios de la teoría de sistemas que resaltan en este modelo es el de la equifinalidad. Este nos señala que un sistema puede llegar al mismo estado final aun partiendo de diferentes estado y por diferentes caminos. (Arnold y Osorio, 1998:7) En el modelo de Kreps, las diferentes condiciones iniciales se refieren a las características del médico, paciente y del momento. Todo ello claramente influye en el desarrollo de la entrevista médico – paciente, “haciendo que los participantes en el sistema de atención de salud adapten sus estrategias de comunicación (mensajes, canales, medios de comunicación, etc.) para resistir la entropía y lograr los resultados de salud deseados. Por lo tanto, no hay reglas de oro para la comunicación efectiva de la salud en cada encuentro iterativo en el cuidado de la salud/promotora.” (Kreps et al., 1994:254)

Kreps, et al (1994) plantean que una adecuada investigación de la comunicación en la salud debe:

Evaluar las formas en que los mensajes verbales y no verbales se usan para establecer los roles del proveedor y del consumidos; desarrollar las relaciones proveedor – consumidor; y obtener y/o diseminar información relevante. En la evaluación de los resultados [del proceso de comunicación], los investigadores deben reconocer las influencia de la comunicación en los resultados [en el ámbito de la salud] cognitivos, conductuales y fisiológicos. (p.253)

Este modelo puede llevarse a cabo fácilmente en diferentes niveles de comunicación desde lo intrapersonal hasta un nivel organizacional y social. Esto se debe a que brinda una base sencilla que permite no solo el diseño de estrategias de comunicación y promoción de la salud; sino también la evaluación de las mismas en un sistema de salud actual con el fin de mejorar y alcanzar los resultados deseados tanto a nivel comunicativo como sanitario. (Kreps et al., 1994:254)

En ese sentido, el Modelo de Comunicación y Resultados en Salud, resulta bastante útil en un nivel de atención interpersonal en el cual tanto proveedor de salud como consumidor o paciente se relacionan de forma directa a fin de intercambiar información y desarrollar una relación de cooperación. (Kreps et al., 1994:254) Según Belle Brown, Stewart y Ryan (2003), estos resultados en un contexto de comunicación interpersonal, específicamente, durante la atención médica, implican la satisfacción del usuario del servicio de salud y una correcta adherencia al tratamiento; además de ello consideran necesario incluir el resultado de estos sobre la salud del paciente; es decir los cambios fisiológicos.

2.6 Adherencia al tratamiento antituberculoso

Según la OMS, la adherencia al tratamiento se define como “la medida en que el comportamiento de una persona – tomar su medicación, seguir una dieta y/o ejecutar cambios en su estilo de vida – corresponden con las recomendaciones acordadas con su proveedor de salud” (OMS, 2003: 4)

En ese sentido, podemos identificar dos puntos relevantes. El primero, que un tratamiento no está conformado solo por un régimen de medicamentos; si no que además se acompaña de otro tipo de conductas que no corresponden al ámbito farmacológico. El segundo es que se remplace la idea de “instrucciones médicas” por “recomendaciones acordadas”. Esto, porque el primero implica un paciente es un mero receptor de la información, es un agente pasivo que no toma acción sobre el cuidado de su salud ni su

tratamiento; mientras que el segundo, la responsabilidad de un tratamiento exitoso es compartida.

Sin embargo, si hablamos precisamente de la TBC, el concepto de la adherencia al tratamiento cambia el tono; pues esta se define como el nivel en el que los medicamentos consumidos por el paciente coinciden con aquellos prescritos por el personal médico (OMS 2003:123). No se hablan de recomendaciones ni cambios en el estilo de vida o dieta del paciente; y tampoco de consensos entre el paciente y el personal de salud. Esto debido a que el tratamiento antituberculoso es un tratamiento quimioterapéutico; el cual, en muchos casos se brinda de manera directamente observada en el cual el proveedor de salud se asegura personalmente que el paciente tome sus medicamentos diariamente y a la hora indicada.

Hasta aquí, podría parecer que durante un tratamiento antituberculoso, la persona afectada por la TBC cumple su rol como un sujeto pasivo, similar a un niño al que hay que cuidar; sin embargo, su participación para la adherencia es importante y la responsabilidad que tiene implica no solo el cuidado de su salud sino también el de su entorno. Esto debido a que una mala adherencia al tratamiento antituberculoso incrementa los riesgos de “morbilidad, mortalidad y resistencia a los medicamentos tanto a nivel individual como comunitario” (OMS 2003:123)

La OMS señala que existen 5 factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso: factor socioeconómico, relacionados al paciente, relacionados al régimen farmacológico, relación entre el paciente – proveedor de salud, y los patrones de prestación de asistencia sanitaria (OMS 2003:124).

Como ya mencionamos anteriormente, la incidencia de la TBC puede funcionar como un indicador socioeconómico al ser una enfermedad que afecta principalmente a poblaciones en situación de pobreza, desnutrición y hacinamiento. Si bien el cierto el tratamiento antituberculoso en el Perú se brinda de manera gratuita, este debe de ir acompañado de una alimentación saludable que permita que la persona afectada cumpla su régimen con normalidad; lamentablemente esta alimentación de calidad puede resultar costosa para muchas personas, quienes al no alimentarse bien reaccionan de manera adversa a la medicación. Por otro lado, el soporte social también juega un rol importante; la Tuberculosis trae consigo una gran carga de estigma social sobre quienes la padecen.

En muchos casos las personas con TBC se rehúsan a seguir el tratamiento ya que esto implica que su entorno (vecinos, amigos, etc.) conozcan su situación; pues al ser un tratamiento directamente observado tienen que asistir al centro de salud diariamente.

Los factores relacionados al paciente hacen referencia a características como edad, etnia y género dependiendo de la sociedad en la que se desenvuelvan; así como el nivel de conocimiento que se tiene acerca de la enfermedad y la confianza en la quimioterapia. Entre otros factores comunes también se encuentra el abuso de alcohol y drogas; la depresión y el estrés psicológico.

Como ya se explicó anteriormente el tratamiento antituberculoso varía según el tipo de TBC que se busque combatir, este puede durar desde los 6 meses hasta 2 años, en los cuales el paciente debe asistir diariamente al centro de salud a recibir su medicación la cual incluye al menos 8 pastillas y en caso más agresivos, ampollas. Es por esto que un factor que dificulta la adherencia al tratamiento es el tratamiento en sí mismo, pues este resulta tedioso para el paciente quien, en muchos casos; una vez que se siente mejor abandona el tratamiento aun cuando no lo ha terminado; lo cual resulta contraproducente para él y su entorno. Además de ellos, en algunos casos puede tener efectos secundarios, como vómitos, fatiga, cansancio, etc. lo que puede llevar al paciente a pensar que “la cura es peor que la enfermedad” por lo tanto, prefiere seguir enfermo de TBC.

El cuarto factor, y del que se trata esta investigación es la relación entre el paciente y el personal de salud. La OMS indica que siempre que el paciente se sienta satisfecho con la atención recibida en el centro de salud, regresará. En el ámbito de la TBC, según señala, influye mucho la empatía y asertividad que pueda tener el personal de salud al entrevistar al paciente. —muy relacionado a esto está el siguiente factor: los patrones de prestación de asistencia sanitaria, el cual además del expertiz profesional, incluyen la disponibilidad de los servicios de salud, y la infraestructura del centro de salud. Según Rubio, et. al. (1998) menciona que “Los médicos juzgados como "buenos" dentro del sector de la salud, son aquellos que no sólo responden al perfil del profesional en la habilidad de tratar una enfermedad, sino también porque "prestan atención al paciente y se muestran receptivos a la información que éste ofrece, además de brindar una información inteligible al paciente"” (1998, p.23 citado en Jaramillo, et al. 2004, p.30)

2.7 Comunicación en la relación médico – paciente y la adherencia al tratamiento antituberculoso

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los resultados en salud es la adherencia al tratamiento. La comunicación entre el médico y el paciente es uno de los factores más importante e influyentes en esta; a decir de Salzman, una comunicación exitosa es esencial para la adherencia del paciente si los médicos van a "ayudar y animar a los pacientes a participar plenamente en un régimen acordado de una manera informada e inteligente" (1995:21. Citado en Belle Brown, et al. 2003: 144)

Según el MINSA, en su “Guía de Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de los afectados por Tuberculosis” la comunicación interpersonal durante el tratamiento contra la tuberculosis contribuye al compromiso del paciente por seguir las indicaciones del personal de salud y estimula la confianza, lo que a su vez facilita el intercambio de información entre ambas partes. Así mismo señala que esta comunicación debe tener tres características: Efectividad, empatía y asertividad. (MINSA, 2015:18-20)

Una comunicación efectiva significa que la información brindada por el personal de salud es comprendida por el paciente y además que es suficiente para satisfacer sus dudas. Esta también implica que el médico y el paciente sean capaces de superar las barreras comunicativas que se pueden generar durante la entrevista, principalmente las barreras verbales, no verbales y los prejuicios, que son aquellas que dependen de cada persona. (MINSA, 2015: 22,23)

Por otro lado la empatía es la capacidad del personal de salud de reconocer al paciente como un similar, de esta manera se espera que exista respeto y comprensión. La guía recalca que no se trata de opinar lo mismo que el otro; si no de comprender y respetar las opiniones de los otros por más que esta sea contraria. La empatía implica el desarrollo de la escucha activa del paciente, es decir, el deber del personal de centrar su atención en el paciente (MINSA, 2015: 23,24), lo cual influirá facilitando el intercambio de información. Un paciente que se siente escuchado es capaz de percibirse a sí mismo como un pilar importante para un tratamiento adecuado. Finalmente la asertividad, necesaria para que durante la entrevista no haya malos entendidos. Esta es la capacidad de expresar

lo que se dice de manera clara y sencilla, en el momento adecuado y siendo directos pero sin ser agresivos con el paciente. (MINSA, 2015: 26)

En ese sentido, Belle Brown, et al (2003) señalan que existen cuatro dimensiones de comunicación en la interrelación médico – paciente. Estas son: el intercambio de información, la búsqueda de puntos en común, el nivel de participación del paciente y el “afecto positivo”. (p.144)

Cuando el autor habla de intercambio de información, hace referencia al rol educador que cumple el médico durante su encuentro con el paciente. Además de brindar las indicaciones médicas, para un correcto intercambio de información el personal de salud debe brindar los porqués del tratamiento, “la falta de conocimiento sobre un medicamento y su propósito se ha asociado con una menor adherencia” (Salzman, 1995. Citado en Belle Brown, et al. 2003: 145) toda esta información debe ser brindada de manera clara y sencilla, sin el uso de palabras técnicas que puedan dificultar su entendimiento, incluso si es necesario debe repetirse. (Belle Brown, et al. 2003: 144)

Solo cuando el paciente está convencido de que el médico lo ha escuchado y comprendido, creará en él, en su capacidad para reintegrarle su salud, y con esto se solventará el problema de la adherencia terapéutica, todos sabemos que entre el 25 y 50% de los pacientes no cumplen con su tratamiento, sin embargo, varios estudios han demostrado que el fondo de esto es un problema de comunicación, en el cual el paciente no escuchó lo que el médico le dijo, si es que lo hizo, porque quizá sólo le extendió su receta y con voz firme le dijo: “tómese eso”, desde luego aquí también está como trasfondo la falta de confianza del paciente hacia el médico (Hernández, 2001, p.29)

También se menciona que para una correcta adherencia es necesario que tanto el personal de salud como el paciente encuentren puntos en común en cuanto a las expectativas que tienen sobre la mejora del paciente y el tratamiento en sí, para ello es necesario que el médico confíe en que lo que le dice el paciente. Según señala Belle – Brown, et al. (2003:146) si el personal de salud considera que el paciente no será honesto en cuanto a su tratamiento y que fallará, la probabilidad de que esto ocurra será mayor ya que el médico está creando una barrera entre ambas partes. Esto por otro lado incrementará el nivel de responsabilidad del paciente y su participación, lo cual también influirá en la adherencia. “Se encontró que aceptar cierta responsabilidad por el tratamiento era una condición necesaria para la máxima adherencia” (Garrity, 1981; Golin et al., 1996; B. M. Wilson, 1995, citado en Belle Brown, et al. 2003: 144). Sin embargo,

como se mencionó anteriormente, incluso en las relaciones de tipo paternalista que son las que suponen menos participación por parte del paciente, es imperativo que este asuma cierta responsabilidad sobre su salud.

Anderson et al. (1982) encontró que una discusión sobre la responsabilidad compartida y los roles entre el paciente y el proveedor estaba asociada con el cumplimiento en pacientes de edad avanzada. Aunque los pacientes pueden variar en la cantidad de participación que desean tener, la investigación sugiere que es necesario algún nivel de participación del paciente para el cumplimiento del tratamiento (Belle Brown, et al. 2003, p.145) Por último, otro de los factores comunicativos que influyen en la adherencia del paciente al tratamiento es la capacidad “humana” del médico. La muestra de empatía, comprensión y apoyo emocional ayuda a que el paciente se sienta en mayor confianza y pueda generar la alianza necesaria para un tratamiento adecuado. Para que esto se dé, es importante que el médico conozca y entienda que el entorno en el que desenvuelve cada individuo es diferente, y que cada uno tiene habilidades físicas y cognitivas distintas. En ese sentido, el personal de salud deberá desarrollar un estilo comunicativo para cada paciente, adaptando su estilo según sea necesario.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Objetivos.

3.1.1 Objetivo general:

- Describir la relación comunicativa entre el personal de salud y la PAT en la adherencia al tratamiento contra la TBC en el A.H. Bocanegra.

3.1.2 Objetivos específicos:

- Describir la relación comunicativa entre la PAT y el Personal de salud durante el tratamiento contra la TBC en el A.H. Bocanegra
- Identificar las razones comunicativas que las PAT del A.H. Bocanegra identifican como relevantes para su adherencia al tratamiento contra la TBC.
- Calificar la adherencia al tratamiento contra la TBC de las PAT en el Centro de Salud Bocanegra

3.2 Hipótesis

En base a los objetivos planteados se consideran las siguientes hipótesis.

3.2.1 Hipótesis general:

- La comunicación entre la PAT y el personal de salud está asociado con el nivel de adherencia al tratamiento contra la tuberculosis en el A.H. Bocanegra.

3.2.2 Hipótesis específicas:

- La relación comunicativa existente entre las PAT del A.H. Bocanegra y el personal de salud es paternalista
- Las razones comunicativas que las PAT del A.H. Bocanegra identifican como favorables para su adherencia al tratamiento contra la TBC son la información y el efecto positivo.
- Las PAT del A.H. Bocanegra tienen una mala adherencia al tratamiento contra la TBC

3.3 Variables

A continuación se presentan las variables que guiaron el diseño metodológico y el análisis de la información recogida para la presente investigación.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento	Toma de medicamentos	- Toma de medicamentos según indicación médica	Nominal
Relación comunicativa Personal de enfermería – paciente.	Calificación de la relación	- Asertividad y empatía	Nominal
	Tipo de Relación	- Participación del personal de enfermería - Participación de salud de la PAT	Nominal
	Factores comunicativos	- Información - Expectativas comunes - Nivel de participación - Afecto positivo	Ordinal

3.4 Tipo y diseño de investigación

La investigación es de tipo mixta con énfasis cualitativo debido a que “este diseño suele proporcionar una visión más amplia del fenómeno estudiado que si usáramos un solo método. Por ejemplo un estudio netamente cualitativo puede enriquecerse con datos cuantitativos descriptivos de la muestra” (Creswell, 2009, citado en Hernández, Fernández, Baptista, 2014: 559)

Esta tendrá un alcance descriptivo de diseño no experimental y de corte transversal ya que recoge datos de la realidad dentro de un periodo de tiempo específico. En ese caso Diciembre 2019 – Enero 2020.

3.5 Población y muestra

La población total de personas con tuberculosis que siguen un tratamiento y que viven en el A.H. Bocanegra está formado por 28 personas distribuidas de la siguiente manera:

- 12 personas que reciben tratamiento en el C.S. Bocanegra
- 5 personas que reciben tratamiento en el C.S. Aeropuerto
- 11 personas que reciben tratamiento en el C.S Polígono IV

Sin embargo, para la presente investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Personas con TBC que son pacientes de los C.S. de Bocanegra y viven en el A.H. Bocanegra
- PAT mayores de 15 años

Criterios de exclusión:

- PAT que pertenecen a otros sistemas de salud como Essalud o al sector salud de la PNP o F.A.P.
- PAT menores de 15 años
- PAT que no residen en el A.H. Bocanegra.

Para la muestra poblacional no probabilística se trabajó con el total de personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, quienes fueron un total de 25 personas distribuidas de la siguiente manera:

- 11 personas en el C.S Bocanegra
- 4 personas en el C.S Aeropuerto
- 10 personas en el C.S. Polígono IV

3.6 Instrumentos de recolección

La recolección de datos se realizó a partir de dos instrumentos. Para la parte cualitativa se trabajó con una ficha de observación de dos partes. La primera, usada por el MINSA para evaluar si la comunicación entre el personal de salud y la persona afectada por la TBC es adecuada. Esta tiene como resultado una calificación buena o mala en la relación entre ambas partes; y la segunda basada en el cuadro de nivel de participación en base a lo propuesto por Emanuel y Emanuel, citado anteriormente (ver Imagen 1) a fin de conocer la predominancia en la relación entre el personal de salud y los pacientes.

Mientras que para la parte cuantitativa, el instrumento estuvo conformado por dos cuestionarios. El primero el test de Morisky-Green el cual consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica (sí o no) para valorar la correcta adherencia al tratamiento. Mientras el segundo fue un cuestionario de factores comunicacionales en el que las preguntas se redactaron con frases simples y las respuestas con la escala Likert.

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

No se consideraron la opción neutra “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” para evitar un sesgo de tendencia central presente generalmente en poblaciones calificadas como indiferentes (Matas. A, 2018), siendo esta una de las características que se le atribuye según el MINSA a la mayoría de personas afectadas por TBC en el Perú.

Ambos instrumentos fueron validados por tres licenciados en enfermería, una licenciada en trabajo social, una experta en comunicación y los médicos a cargo de los C.S. investigados.

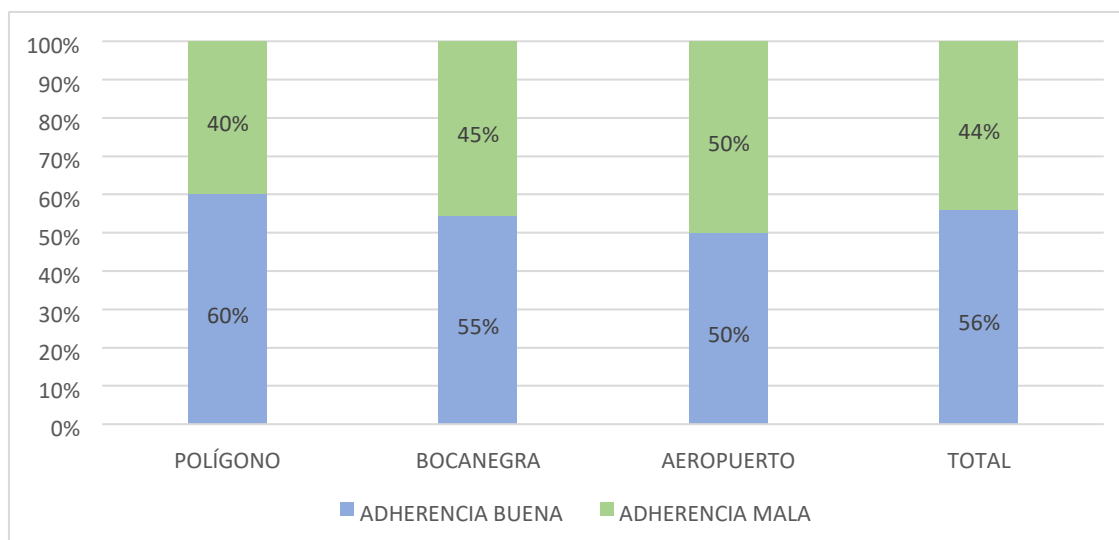
3.7 Análisis de datos

Luego de realizar la recolección de datos de los cuestionarios y fichas de observación de los pacientes, se procedió a codificarlo e ingresarlos al programa Microsoft Excel 2010 en el cual se realizó el análisis descriptivo por variable y objetivos planteados en la presente investigación. Los resultados fueron analizados en base a porcentajes y se presentan en gráficos estadísticos de barras.

CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Adherencia al tratamiento de las PAT

Gráfico 1: Adherencia

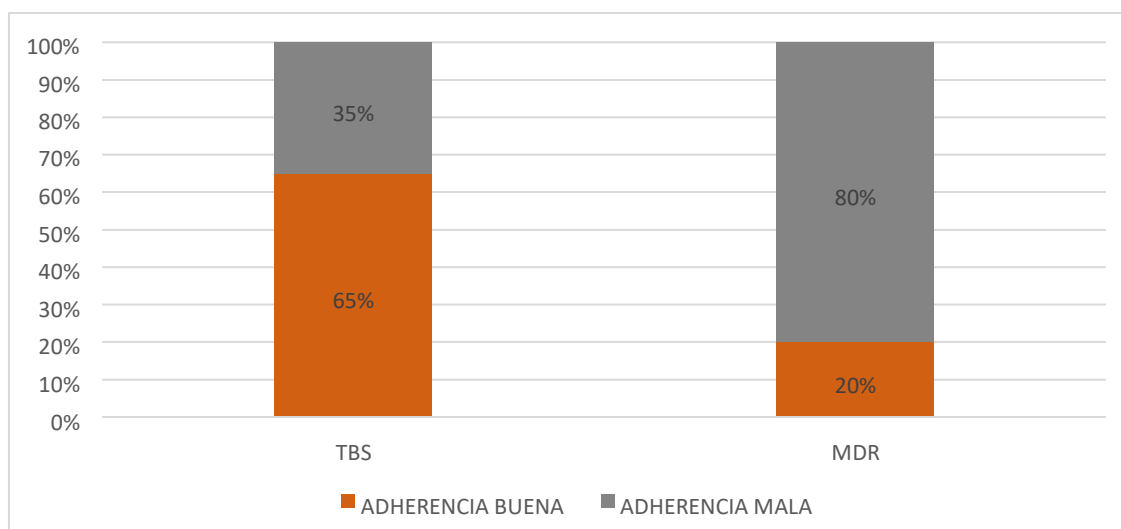


En cuanto al nivel de adherencia, encontramos que existe un 56% (14) de PAT con buena adherencia y un 44% (11) con mala adherencia. Siendo la diferencia no muy significativa, principalmente en el C.S. Aeropuerto en donde el porcentaje de ambas llega al 50%.

En algunos de los casos de mala adherencia al tratamiento, las PAT manifestaron que a pesar de recordar diariamente asistir al centro de salud por su tratamiento, las distintas actividades que realizan durante el día no les permite hacerlo.

Durante la investigación se observó que esto ocurría principalmente por el trabajo de las PAT; sin embargo también se encontraron casos en los que la PAT, por ir al hospital a sacar cita o consulta, como parte de su tratamiento, no podía acudir a la toma de sus medicamentos.

Gráfico 2: Adherencia – Tipo de TBC



Como podemos ver, existe mayor probabilidad de que un PAT abandone su tratamiento a medida que la TBC se va haciendo más resistente. Así encontramos que mientras el 65% (13 de 20) de PAT con TBC – sensible tiene una buena adherencia, mientras que el 80% (4 de 5) de PAT con TBC MDR tiene una mala adherencia al tratamiento. Esto se refuerza por lo manifestado por algunas PAT durante las consejerías y entrevistas, las características del tratamiento es una de las principales razones de irregularidad y abandono.

“Al inicio sí, a mí me afectaron mucho, mareada, sin ganas, ni comer. Da ganas de dejarlo, uno se siente peor ¿no? y dice ay ya mejor ya no voy, mejor me quedo con mi tos. Y hay pacientes que sí, se van, ya no vienen, mi hermano así también dijo y se murió. Por eso yo no quiero estar como él, así me digo y por eso vengo” (PAT 8 Polígono, mayor de 60 años)

“El tratamiento es difícil, en ocasiones lo hace padecer a uno más que la enfermedad, pero si uno quiere curarse de verdad, no tiene otra opción” (PAT 2 Bocanegra, 35 años)

Incluso entre las mismas PAT reconocen que de necesitar mayor cantidad de medicamentos, les sería más difícil continuar y es esto lo que les motiva a concluir su tratamiento de manera adecuada.

“Ni loco, hasta curarme no dejo mis droguitas, cuando ya esté bien ahí lo dejaré, antes no, si no después la enfermedad es viva, se hace fuerte, y voy a estar como

otros pacientes con ampolla. Uy, a ellos si les choca feo, yo he visto. No quisiera eso” (PAT 3 Polígono, 50 años)

Gráfico 3: Adherencia – otras enfermedades

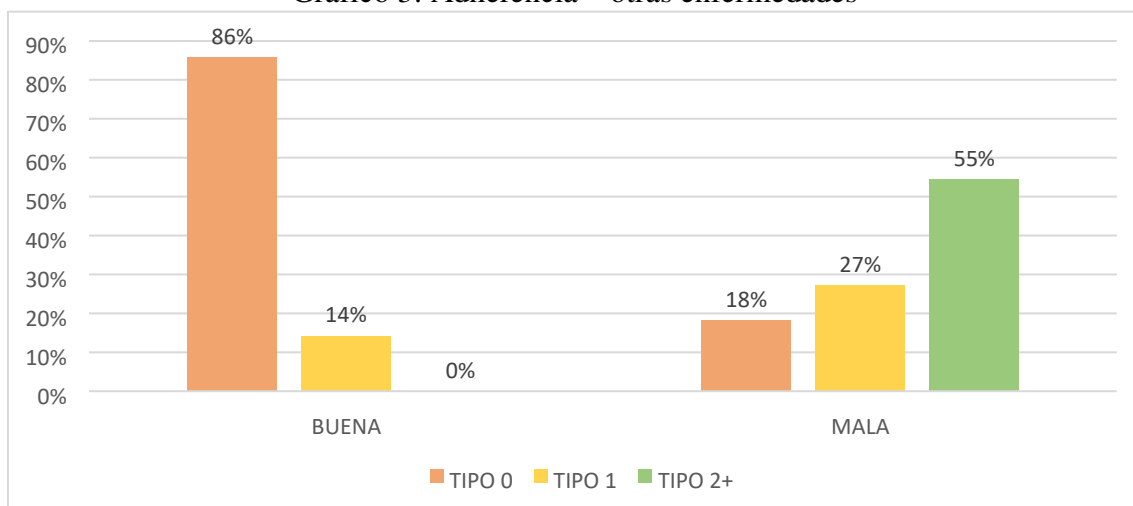
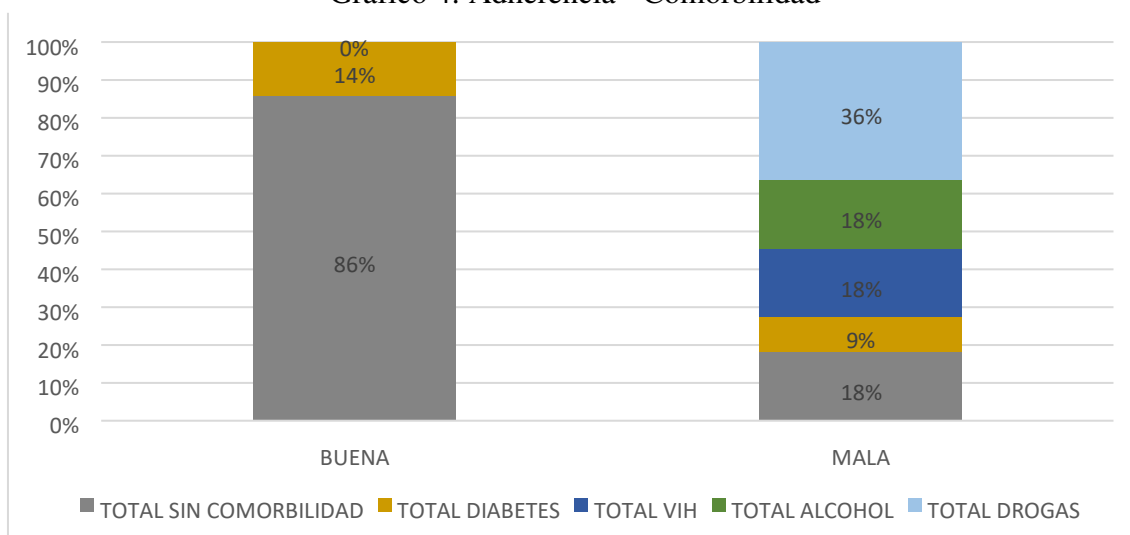


Gráfico 4: Adherencia - Comorbilidad



Por otro lado, podemos observar también como es que la adherencia disminuye con la cantidad de enfermedades diferentes a la TBC presentes en el PAT. Así vemos que de las PAT que tiene buena adherencia, el 86% (12 de 14) no presenta ninguna comorbilidad y el 14% (2 de 14) restante tiene solo una comorbilidad, diabetes; mientras que el de los que tienen mala adherencia, el 27% (3 de 11) tiene una enfermedad además de la TBC y el 55% (6 de 11) al menos otras dos enfermedades.

A diferencia de los demás, todas las PAT con TBC y VIH manifestaron que el tratamiento antituberculoso causó en ellos efectos secundarios como mareos, vómitos,

falta de apetito; razón por la cual en varias ocasiones prefirieron no asistir a la toma de sus medicamentos.

Por otro lado, podemos ver que de manera similar a lo que ocurre con la relación entre el personal de enfermería y la PAT, podríamos decir que aquellas PAT que presentan adicción a sustancias resultan menos adherentes al tratamiento.

Esto se pudo observar durante la investigación; por ejemplo, al acompañar al personal de enfermería a la visita domiciliar a un PAT de 28 años con adicción a las drogas que llevaba una semana sin asistir al tratamiento. Primero se le dio aviso a la madre, quien es familiar de apoyo. Luego, durante la primera visita no se encontró a nadie en casa, durante la segunda visita se encontró a la madre y a la PAT; pero este último no se encontraba en un estado adecuado. Según manifestó la técnica en enfermería esto es muy común en PAT con adicciones.

“No les interesa, ellos saben que tienen que seguir el tratamiento para curarse, pero no van, no quieren, no pueden, inventan mil excusas y al final es eso, están drogados metidos en su casa y encima la mamá los apaña” (Personal de enfermería, C.S. Aeropuerto)

4.2 Relación entre el personal de enfermería – PAT

Gráfico 5: Relación

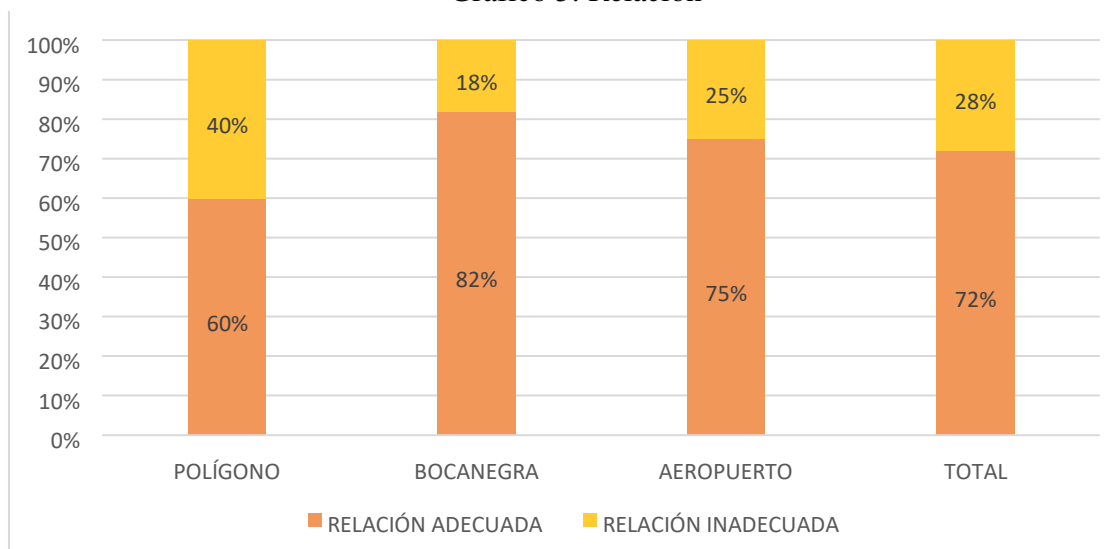
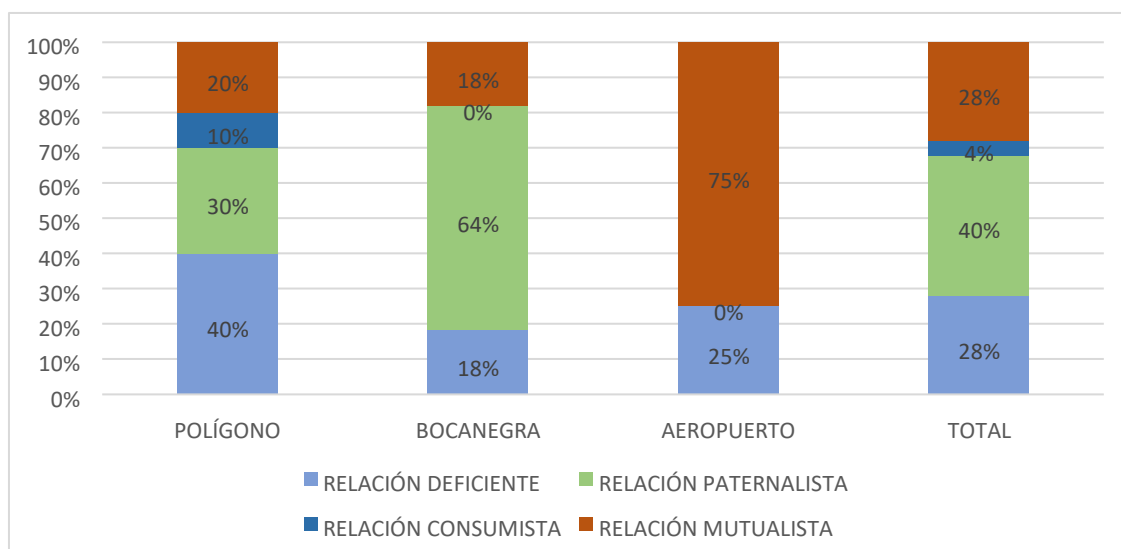


Gráfico 6: Tipo de Relación



Los resultados sobre la calidad de la relación entre el paciente y el personal de enfermería muestran que un 72% (18) del total posee una relación comunicativa adecuada, frente a un 28% (7) inadecuada. La diferencia entre resultados se hace más corta en el C.S. Polígono, en donde los porcentajes son de 60% (6 de 10) y 40% (4 de 10) respectivamente.

En ese mismo sentido, con respecto al tipo de relación entre el personal de enfermería y la PAT se destaca una relación paternalista (40%) (10), seguido de una relación mutualista (28%) (7), y la relación deficiente (28%) (7) y por último, la relación consumista (4%) (1).

Estos porcentajes varían mucho dependiendo del centro de salud, por ejemplo en el C.S. Polígono, se destacan las relaciones de tipo deficiente y paternalista, con un 40% (4 de 10) y 30% (3 de 10) para cada uno, mientras las relaciones consumistas y mutualistas se encuentran en un 10% (1 de 10) y 20% (2 de 10) respectivamente. En el C.S. Bocanegra, por otro lado, se destacan las relaciones de tipo Paternalista (64%) (7) seguido en un porcentaje mucho más bajo por las relaciones de tipo mutualista y deficiente (18% cada uno) (2). Por último, podemos ver que en el C.S. Aeropuerto solo existen dos tipos de relación, Mutualista, con un 75% (3) y deficiente, 25% (1).

Cabe destacar que para el momento en que se llevó a cabo la investigación. A diferencia de los demás centros de salud, el C.S. Aeropuerto contaba con personal técnico nuevo, el cual en más de una ocasión manifestó no confiar en la responsabilidad de los pacientes. Sin embargo, debido a que la mayoría de los pacientes tenían una participación

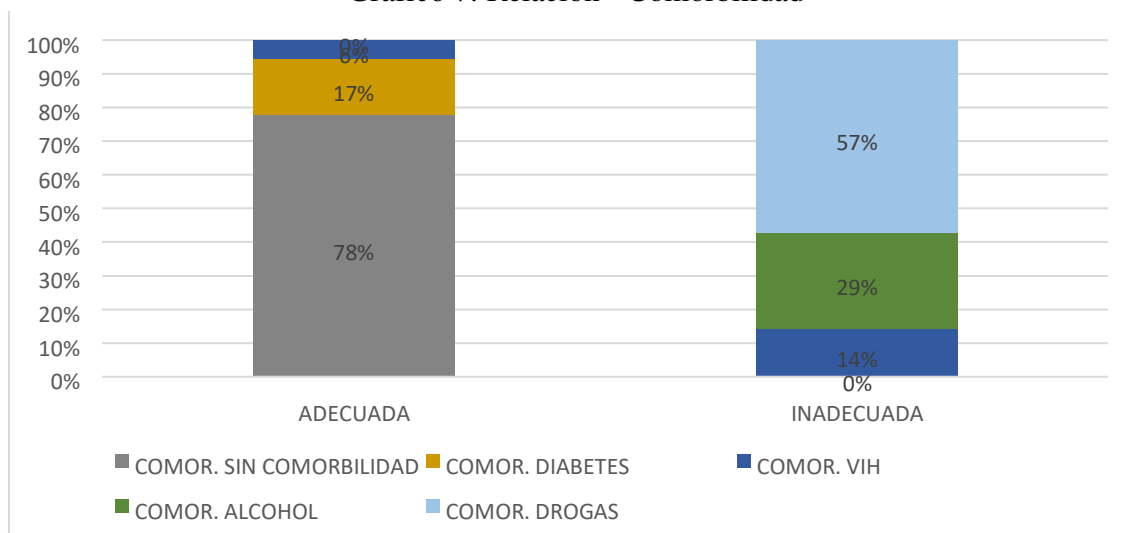
activa en el cuidado de su salud, aun cuando en ese periodo no se había definido un médico a cargo del programa, se logró desarrollar una buena relación comunicativa con la mayoría de ellos. Incluso en mayor porcentaje que en el C.S Polígono en donde algunos pacientes reconocían al personal técnico como el personal a cargo del programa.

“Yo confío ciegamente en la señorita, ella es como si fuera la doctora para mí...al inicio pensaba, ay que chinchosa que es, pero de ahí me di cuenta de que todo lo que ella nos dice es para mi bien” (PAT 8 Polígono, mayor de 60 años)

Mientras que otros no confiaban en los que este les decía debido a que no se trataba de un médico propiamente dicho, idea que era reforzada por la misma técnica que ante algunas preguntas sobre el tratamiento de cierto pacientes respondía

“Yo no sé, yo no soy la doctora, yo solo doy los medicamentos, eso pregúnteselo a la doctora” (Personal Técnico C.S. Polígono)

Gráfico 7: Relación - Comorbilidad

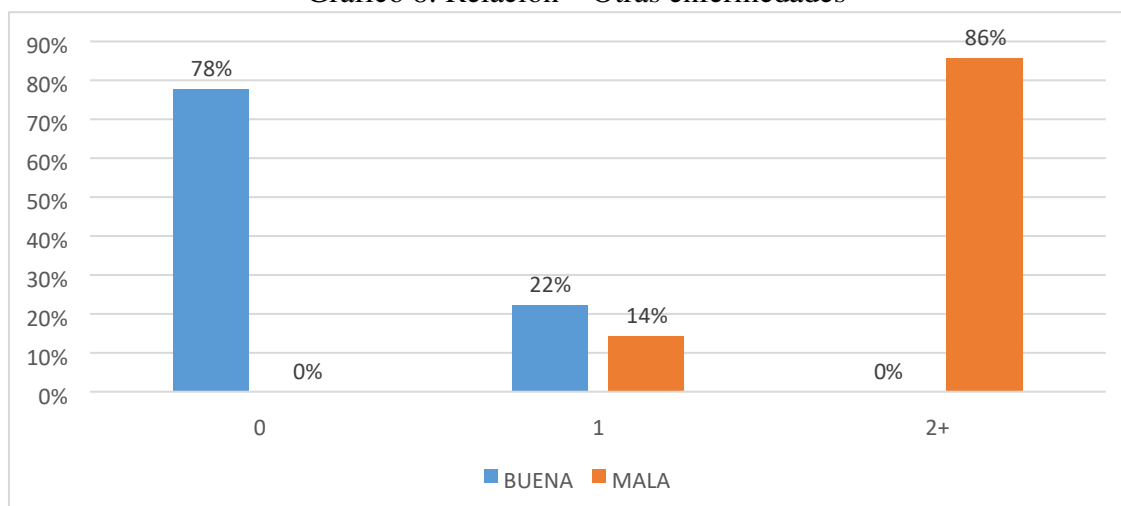


Por otro lado, podemos ver cómo la comorbilidad influye en la relación que tiene el personal de enfermería con la PAT; así vemos que el total de pacientes afectados solo por TBC representan el 78% (14) del total de PAT con una relación adecuada con el personal de enfermería, seguido del total de PAT con TBC y Diabetes (17%) (3) y TBC y VIH (6%) (2).

Mientras que una relación comunicativa inadecuada con el personal de enfermería se presenta principalmente en PAT que tiene como comorbilidad la adicción a sustancias

como el alcohol y las drogas (29% (2) y 57% (5) respectivamente) y aquellos que tienen TBC, VIH y adicción a alguna sustancia.

Gráfico 8: Relación – Otras enfermedades

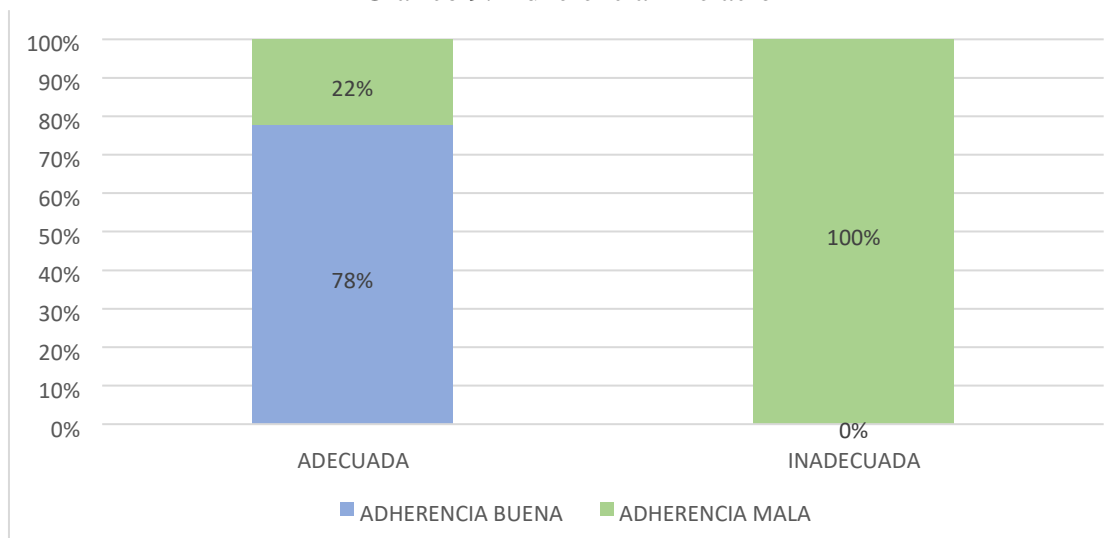


Así también podemos ver como la calidad de la relación comunicativa depende de la cantidad de enfermedades comórbidas. El 78% (14 de 18) de PAT con buena relación con el personal no presenta ninguna otra enfermedad; cantidad que además representa el total de PAT sin comorbilidad. El 22% (4 de 18) restante tiene, además de TBC, otro tipo de mal, principalmente Diabetes. Por otro lado, el 86% (6 de 7) de PAT que tiene una relación inadecuada incluye al total de PAT que presentan de 2 a más enfermedades comórbidas, siendo las principales el alcoholismo y la drogadicción.

En ese sentido podemos decir que la calidad de la relación es inversamente proporcional a la cantidad de enfermedades comórbidas. Es importante destacar también que en el caso de comorbilidad de TBC y Diabetes y TBC y VIH, las PAT llevan su tratamiento contra estas otras enfermedades de manera adecuada, siendo guiados y controlados en el mismo centro de salud, por lo que el personal puede estar más al pendiente de la PAT. No es el caso de aquellas PAT que presentan como comorbilidad la adicción a sustancias. Por ejemplo, durante la investigación se realizó visita médica con el personal de enfermería a una PAT irregular en su tratamiento, que llevaba una semana de faltas, al llegar al domicilio de la PAT, se le encontró indispuesto para conversar debido a su adicción a las drogas. Así mismo, durante la aplicación de encuestas, las PAT con este tipo de morbilidad fueron los más reacios a contestar.

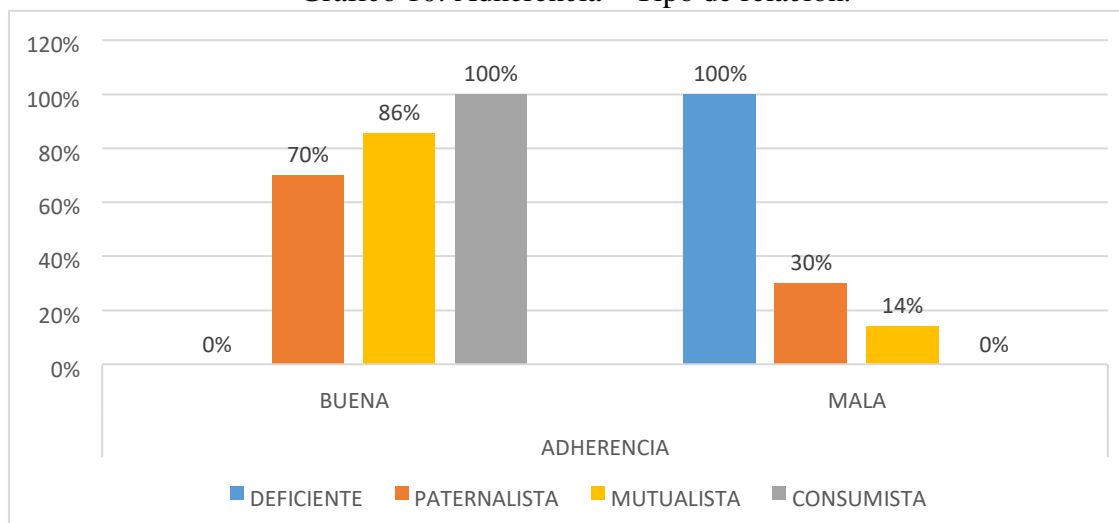
4.3 Relación entre el personal de enfermería – PAT y la adherencia al tratamiento antituberculoso

Gráfico 9: Adherencia - Relación



En cuanto a la influencia de la relación entre el personal de enfermería y el PAT con la adherencia al tratamiento antituberculoso, podemos ver que el 100% de PAT que posee una relación inadecuada con el personal de enfermería, tiene una mala adherencia al tratamiento; mientras que el 78% de las PAT que tiene una relación adecuada posee una buena adherencia.

Gráfico 10: Adherencia – Tipo de relación.



Además de ello, podemos ver que a medida que la participación del PAT aumenta, existen más probabilidades de una buena adherencia. Así podemos ver que el 100% de

PAT que tiene una relación deficiente, tiene una mala adherencia al tratamiento, recordemos que una relación deficiente implica una relación inadecuada en la que la participación del PAT es nula. Mientras que, por otro lado, el 100% (1) de PAT que posee una relación consumista tiene una buena adherencia; teniendo en cuenta que en este tipo de relaciones la participación del paciente es total y es este el que guía la relación. Es importante mencionar que durante la investigación solo un miembro de la muestra manifestó una relación de tipo consumista. Entre las características resaltantes de la paciente está el hecho de que tiene un familiar que ya era parte del programa, calificado con mala adherencia y que además su menor de 8 meses también fue diagnosticado con TBC y, según manifestó la técnica en enfermería a cargo del programa, a medida que el tratamiento avance, se puede construir una relación mutualista.

“Ahora ves los así [a los padres del bebe], un poco groseros, un poco tercos, pero es que también es porque no asimilan todavía que el bebé este enfermo y quieren que se cure ya, hasta se debe sentir un poco culpable pues, imagínate que sientas que tú has contagiado a tu hijo, o que tú hijo se ha contagiado por tu culpa. Pero ya poco a poco van a venir más calmados, ya se va a poder conversar mejor con ellos.” (Personal Técnico C.S. Polígono)

Por otro lado, podemos ver como el 70% (7 de 10) y 86% (6 de 7) de aquellas PAT con una relación paternalista y mutualista, respectivamente, cuentan con una buena adherencia.

4.4 Factores comunicacionales para la adherencia

Según hemos visto, existen cuatro factores que influyen en la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. Estos son: La información, las expectativas comunes, la participación del paciente y el afecto positivo.

En el caso de la información no solo se refiere a los “datos” brindados al paciente, sino además si estos son necesarios, útiles y generan un constante intercambio de información entre el personal de enfermería y el paciente. Es por ello que hemos dividido el factor información en dos partes.

4.4.1 Información

Este factor hace referencia a la importancia que los pacientes le brindan a la información sobre la enfermedad y el tratamiento para lograr una buena adherencia.

Gráfico 11: Información

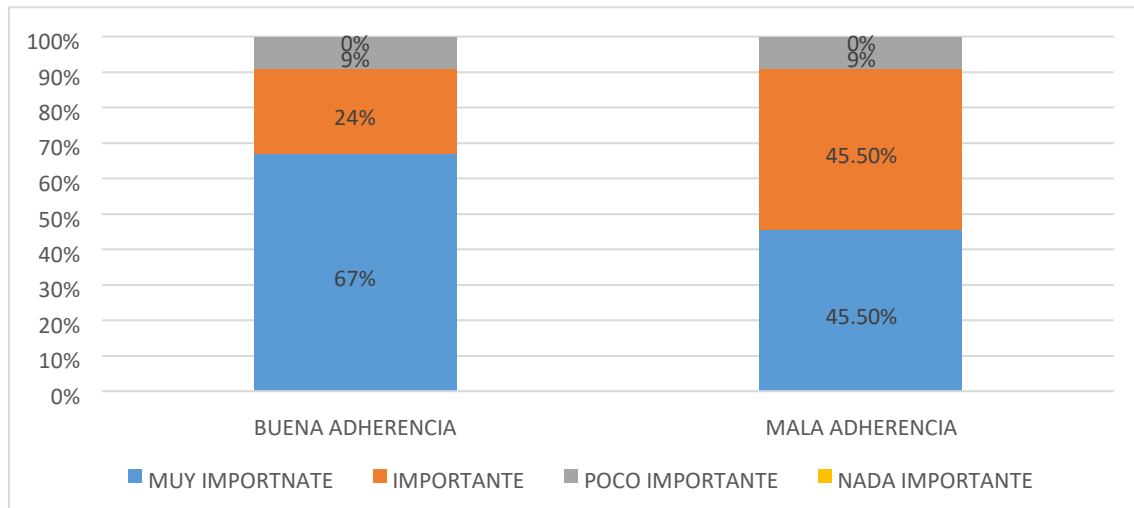


Gráfico —
12: Adherencia Pregunta 3

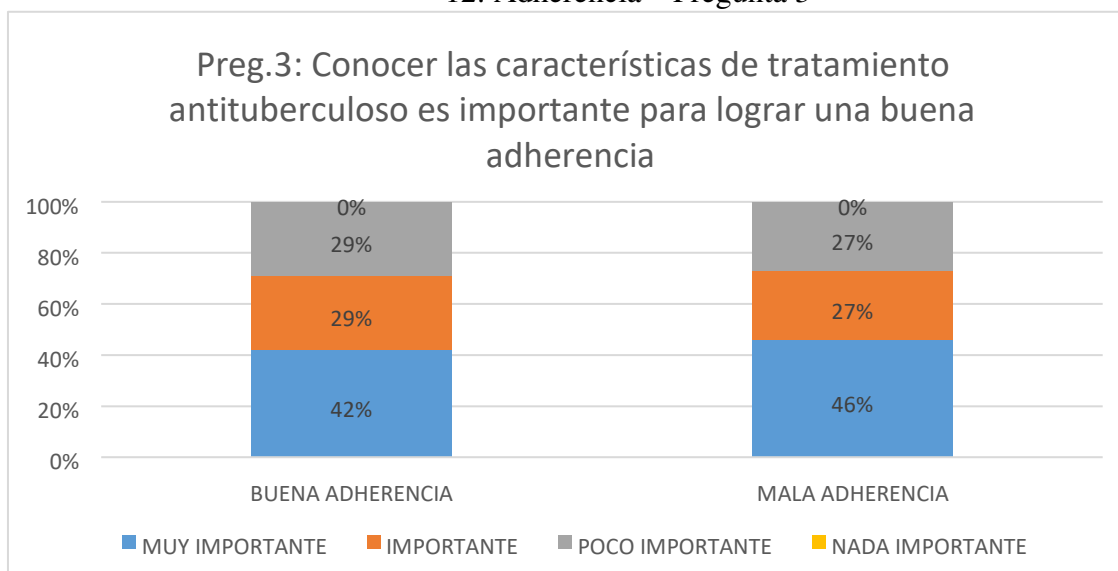
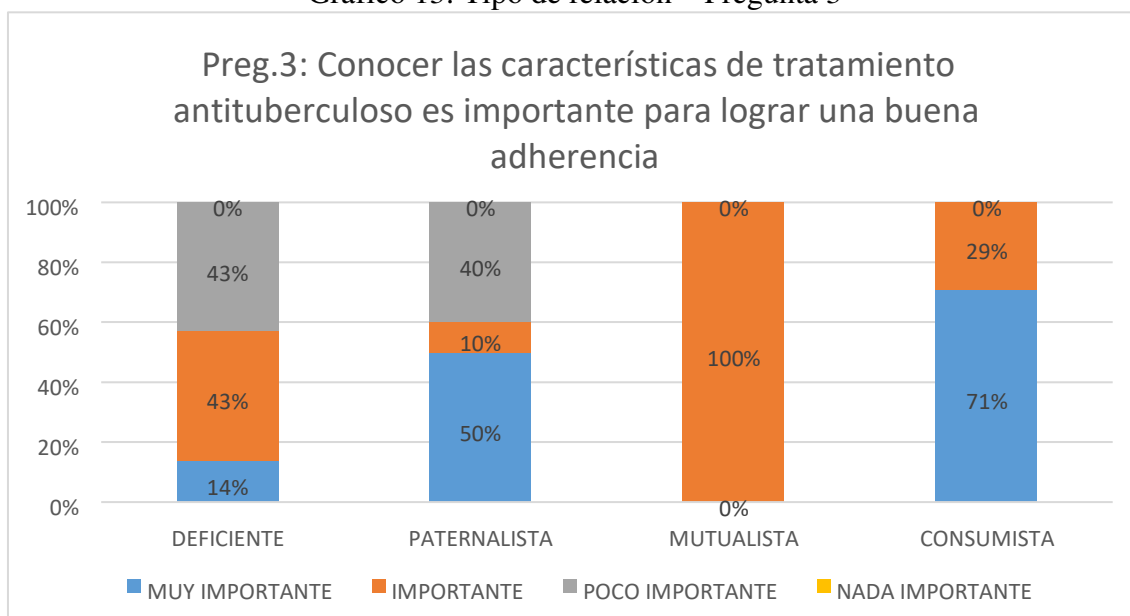


Gráfico 13: Tipo de relación – Pregunta 3



Como podemos ver, las PAT con una buena adherencia consideran este factor más importante que aquellos que tienen mala adherencia; sin embargo, en general, tanto ambos grupos de PAT consideran que este es un factor relevante para lograr la adherencia.

Podemos ver, por ejemplo, que en la pregunta n°3 sobre si conocer características de su tratamiento como efectos secundarios, duración o cantidad de medicamentos influye

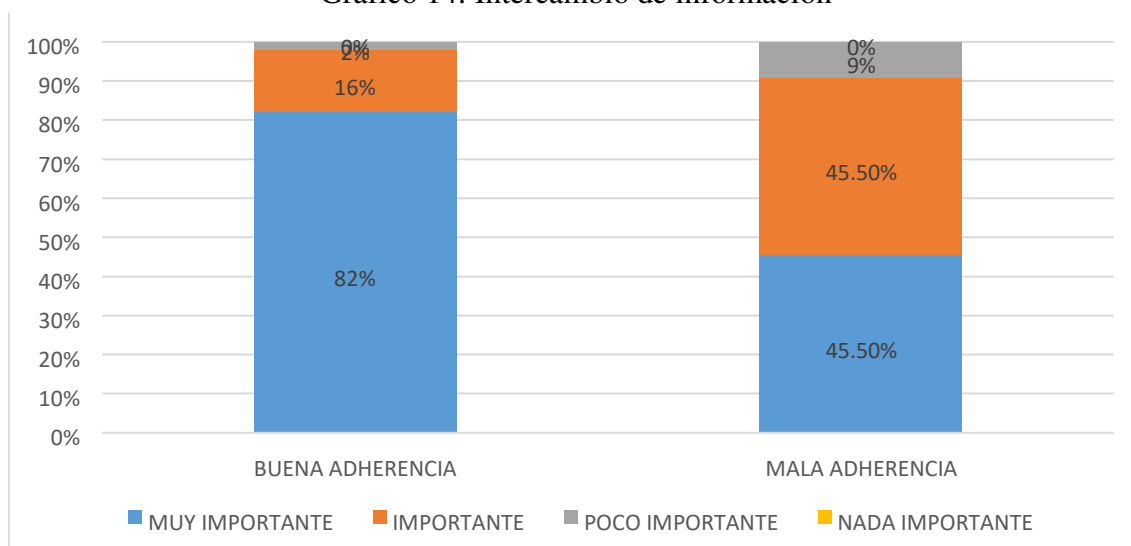
Gráfico : Adherencia –

en un buen tratamiento, el resultado es muy similar; incluso encontramos que un 2% (1) más de PAT que tienen buena adherencia consideran este factor poco importante, comparado con el 27% (4 de 11) de aquellos que tienen mala adherencia. Podemos ver en el gráfico N°13 que esto se debe principalmente al gran número de PAT que tienen una relación paternalista y que consideran poco importante conocer este tipo de información ya que, como sabemos este tipo de relación comprende al paciente como un receptor pasivo que obedece indicaciones. En ese sentido, podemos entender que, al ser el tratamiento antituberculoso un tratamiento directamente observado, conocer las características del tratamiento no les resulte necesario.

4.4.2 Intercambio de información:

Este segundo factor de información hace referencia, principalmente, a la utilidad y pertinencia de la información brindada por el personal de enfermería durante el tratamiento.

Gráfico 14: Intercambio de información



15

Pregunta 6

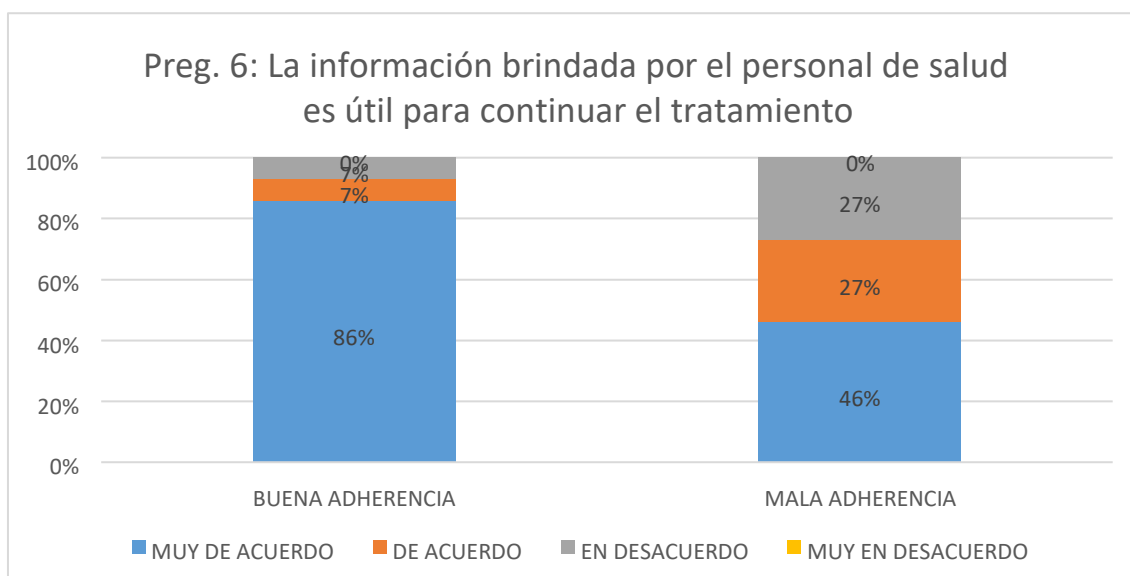
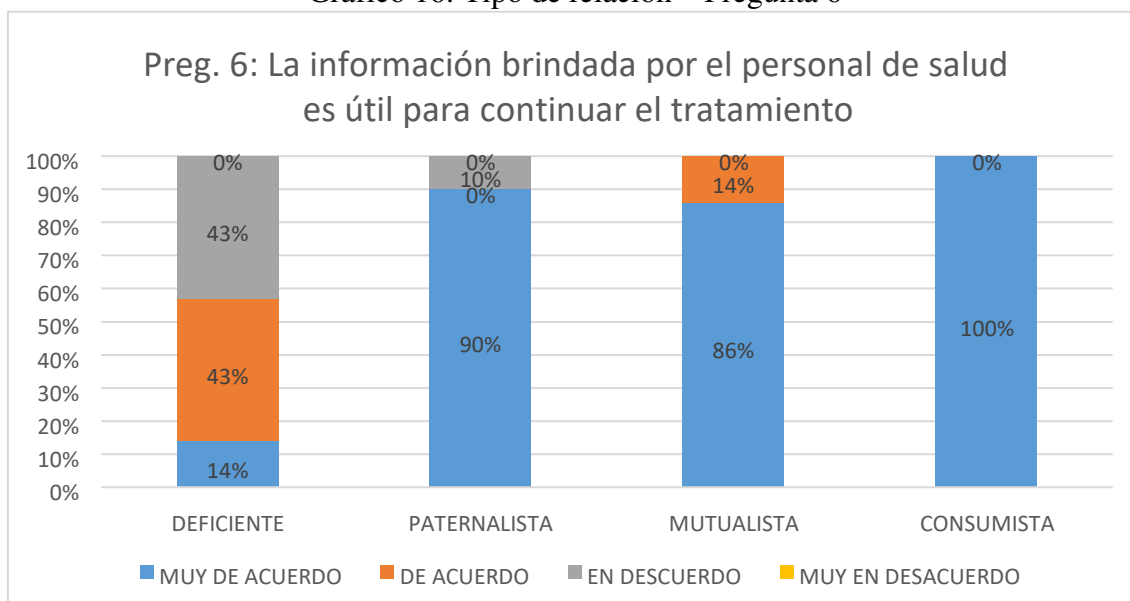


Gráfico 16: Tipo de relación – Pregunta 6



Este factor es considerado muy importante por la mayoría de las PAT con buena adherencia; no obstante al igual que el primer factor, el intercambio de información también es considerado relevante por las PAT que tienen una mala adherencia al tratamiento. Sin embargo, podemos ver en el gráfico N°14 una diferencia mayor con respecto al gráfico N°11 entre aquellos que la consideran no importante (2% frente a 9%). Lo cual ocurre gracias a la pregunta n°6 sobre la utilidad de la información brindada acerca del cuidado de la salud de un PAT con TBC; en la cual el 27% (3 de 11) de PAT con mala adherencia se muestra en desacuerdo con este enunciado; ya sea porque

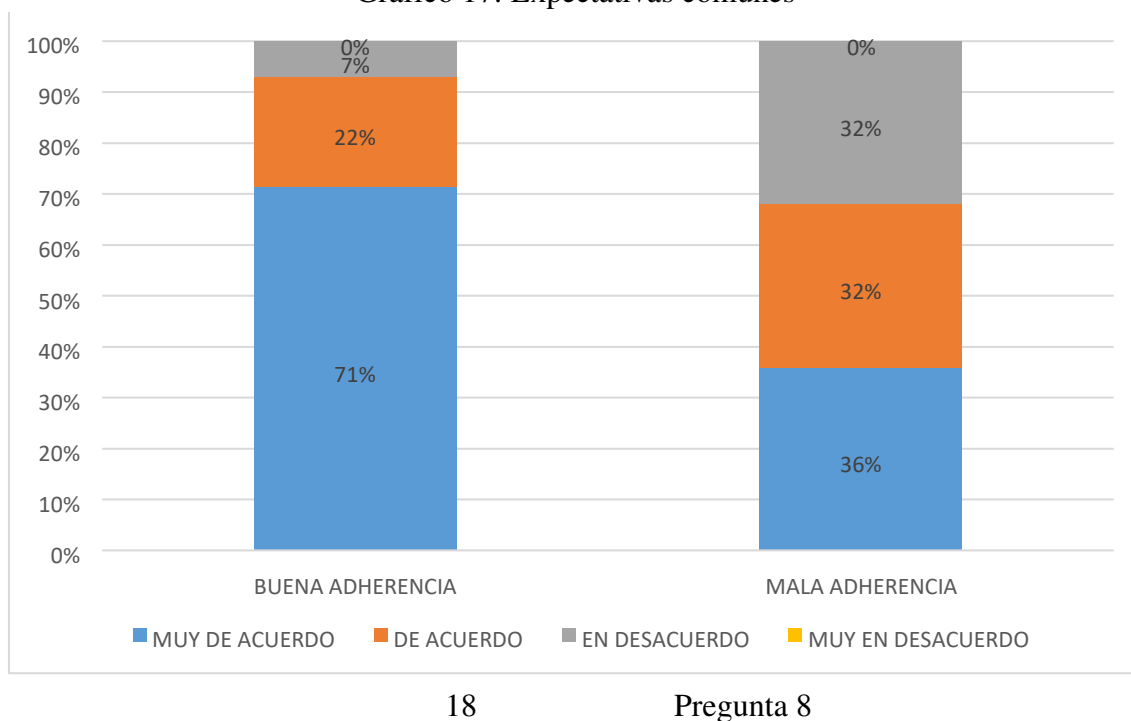
Gráfico : Adherencia –
consideran que no es útil o porque en alguno casos consideran que no se les ha brindado este tipo de información.

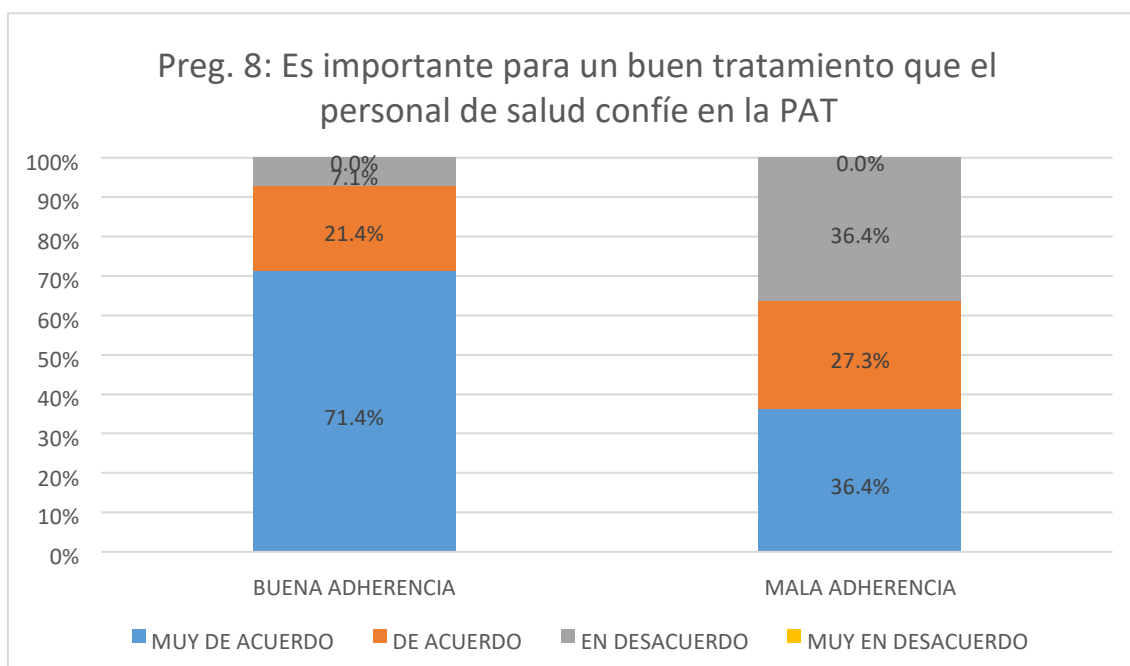
“No, no dicen, bueno, mascarilla dicen pero nada más” (PAT N°7 C.S. Polígono)

Sin embargo, pudimos ver sí se brinda este tipo de información de manera repetitiva a las PAT; pero muchos de ellos parecen no prestar atención; ya que no lo consideran importante o que ellos no necesitan conocerlo, como sería el caso del 7% (1) de PAT como buena adherencia; que sería la PAT con una relación paternalista tal como lo muestra el gráfico N°16.

4.4.3 Expectativas comunes

Gráfico 17: Expectativas comunes





En cuanto al factor de expectativas comunes entre el paciente y el personal de enfermería para la adherencia al tratamiento se refiere principalmente si la confianza del médico en el paciente influye en su tratamiento. Aquí se encontró que el 7% (1 de 14) de PAT con buena adherencia consideran este factor como no importante, frente al 32% (4 de 11) de aquellos que no tienen buena adherencia.

Este resultado se ve influenciado principalmente por la presencia del tipo de tratamiento a distancia; el cual consiste en la entrega de un pastillero digital el cual la PAT tiene que llenar semanalmente. Este dispositivo es considerado “un premio” a la responsabilidad de las PAT, ya que con ello no tienen que asistir diariamente al centro. Durante la investigación en el C.S. Bocanegra se encontraron dos casos, uno de una niña de 10 años y otro de un adolescente de 17 años. No se encontraron casos en los otros centros de salud debido a, según el personal, no cuentan con el apoyo de ONG, pues estos dispositivos no son entregados por el Estado; incluso las PAT de estos otros centros no conocen de la existencia de este sistema de tratamiento y por ello, en algunos caso manifiestan que, aunque una buena relación con el personal es necesaria, no es tan importante que el este confíe en el PAT ya que no influye en la forma del tratamiento.

“De hecho sí, pero me gustaría que esa confianza se muestre, ¿no?, por ejemplo, me gustaría que los pacientes que somos responsables podamos recibir

Gráfico : Adherencia –
 el tratamiento en casa, que vengamos, recojamos nuestras pastillas y podamos tomarlo en casa sin necesidad de estar viniendo. Yo sé que son protocolos de salud que se deben de seguir por que supongo que hay estadísticas y datos que muestran que un tratamiento en casa no da resultado y que por eso se necesita que el personal vea que sí tomas tus pastillas; pero de verdad, creo que sería de gran ayuda que el personal pueda confiar a ese nivel en los pacientes; al menos en los que sí se ve que somos responsables” (PAT N°4 C.S. Aeropuerto)

4.4.4 Participación

Gráfico 19: Participación

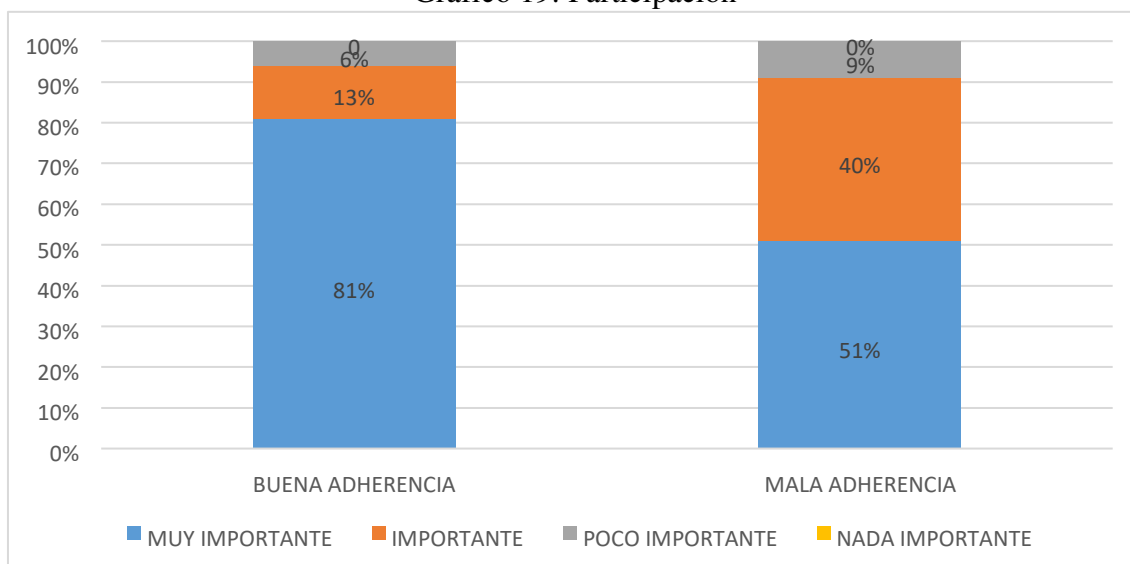
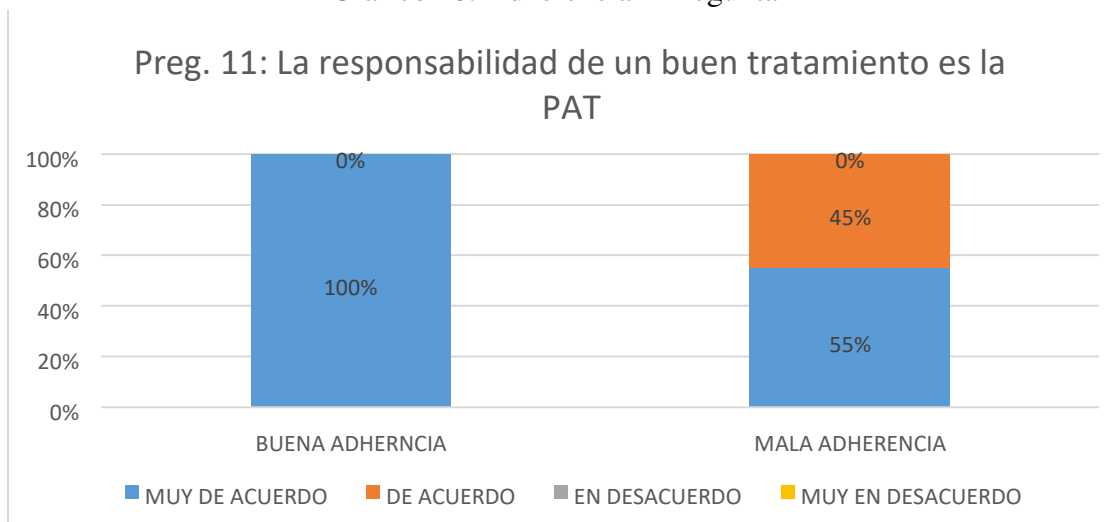
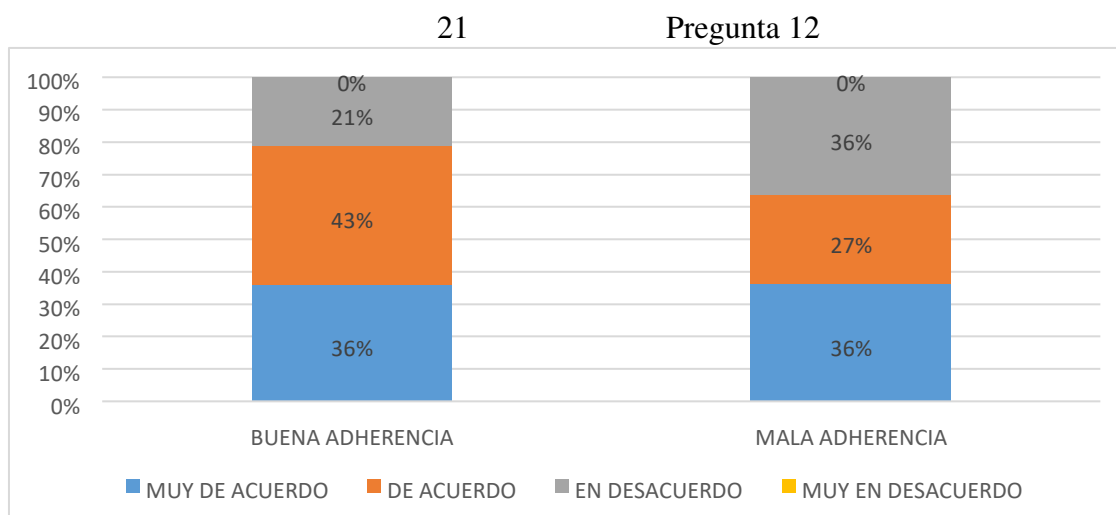


Gráfico 20: Adherencia – Pregunta 11





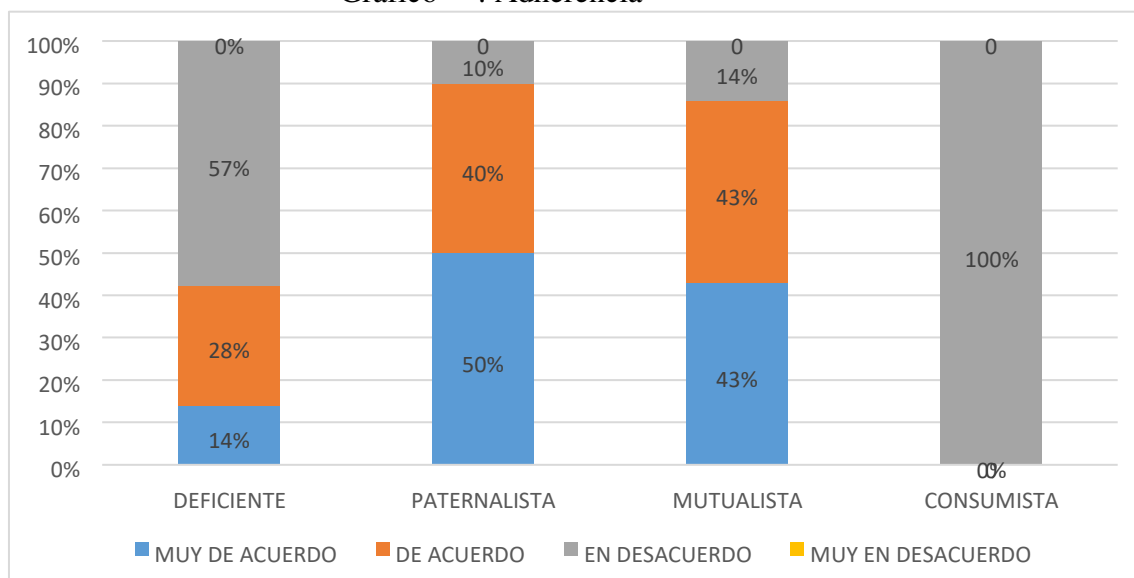
El otro factor de comunicación que influye en la adherencia al tratamiento es la participación del paciente, este se refiere principalmente a cuan responsable se considera el paciente del cuidado de su salud. En el caso de la TBC, según señala el MINSA, esta responsabilidad es compartida; es decir tanto personal de enfermería como paciente es responsable de lograr una buena adherencia al tratamiento antituberculoso.

En general, podemos ver que de las PAT con buena adherencia, el 81% (11 de 14) está muy de acuerdo en que la participación del PAT es importante para lograr una buena adherencia, el 13% (2 de 14) de acuerdo y solo 6% (1 de 14) se muestra en desacuerdo. Mientras que del total de PAT con mala adherencia, el 51% (6 de 11) se muestra muy de acuerdo, el 40% (4 de 11) de acuerdo y el 9% (1 de 11) en desacuerdo.

Estos resultados se desarrollan mejor en las preguntas 11 y 12 planteadas en la encuesta sobre la responsabilidad del PAT y el personal de enfermería respectivamente. Así encontramos que el 100% (25) de PAT señala que cada uno tiene la responsabilidad de seguir con su tratamiento; y que además el 36% (4 de 11) de PAT con mala adherencia señalan que la responsabilidad no corresponde al personal de enfermería; por tanto la responsabilidad sería solo del PAT; a diferencia 21% (3 de 14) de PAT con buena adherencia que opina lo mismo. En ese sentido se podía decir que existe una mayor cantidad de PAT adherentes (79%) (11 de 14) que consideran que la responsabilidad de un tratamiento exitoso es compartida.

Gráfico 22: Tipo de relación – Pregunta 12

Gráfico : Adherencia –



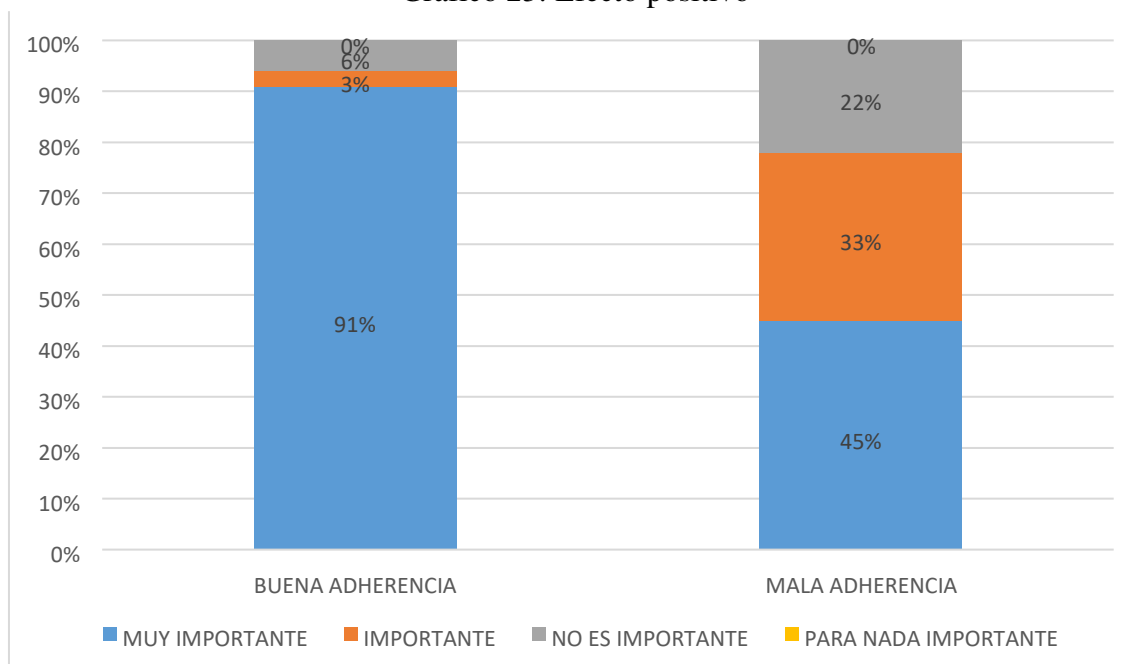
Por otro lado, si desagregamos estos resultados según el tipo de relación, podemos ver como el 90% (9 de 10) y el 86% (6 de 7) de PAT con una relación paternalista y mutualista, respectivamente, consideran que la responsabilidad del tratamiento es compartida. Como no ocurre con las PAT con una relación deficiente; en la cual el 57% señala que la responsabilidad es solo del PAT; al igual que el total de PAT con una relación consumista.

“El paciente es el único responsable del cuidado de su salud y el de su entorno, el personal de enfermería cumple su labor al recibirlos, pero de ahí, es el paciente el que debe querer curarse” (PAT N°2 C.S. Polígono)

Aun cuando parezca que estos datos contradicen lo que debería ser una relación paternalista, es importante recalcar que un paciente que no se considere a sí mismo capaz de cuidarse solo, puede elegir, de manera consiente una relación paternalista, en la cual su participación es importante ya que al final sobre él cae la decisión de seguir o no el tratamiento; al igual que ocurre con los pacientes con una relación deficiente; quienes son conscientes que el cuidado de la salud corresponde a cada persona.

4.4.5 Efecto positivo:

Gráfico 23: Efecto positivo



Por último encontramos el factor llamado Efecto Positivo, relacionado principalmente a la empatía y la amabilidad del personal de enfermería con el paciente durante el tratamiento y como estas, mediante la construcción de una relación adecuada contribuyen de manera positiva en la adherencia al tratamiento.

En el gráfico N°23 observamos que el 94% (13 de 14) de PAT con buena adherencia se muestra de acuerdo con la influencia de este factor sobre la adherencia y 6% (1 de 14) en desacuerdo; mientras que el 88% (10 de 11) de PAT con mala adherencia se muestra de acuerdo y el 22% (1 de 11) en desacuerdo. Esto se debe a que para el desarrollo de la empatía es importante el personal conozca medianamente la realidad de cada paciente. Sin embargo; algunas PAT consideran que esto no es necesario.

Gráfico 24: Adherencia – Pregunta 18

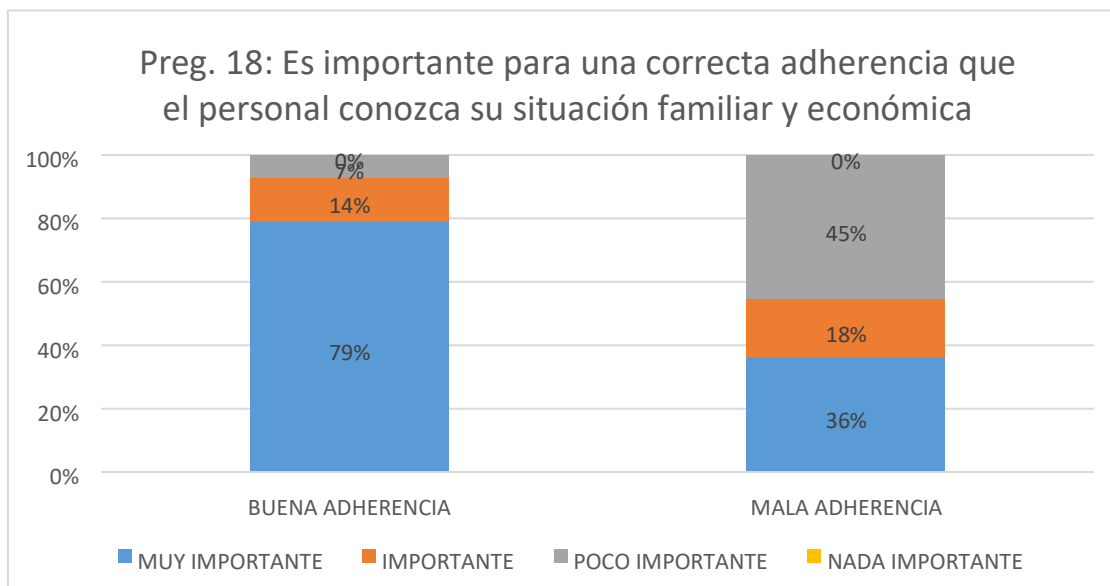
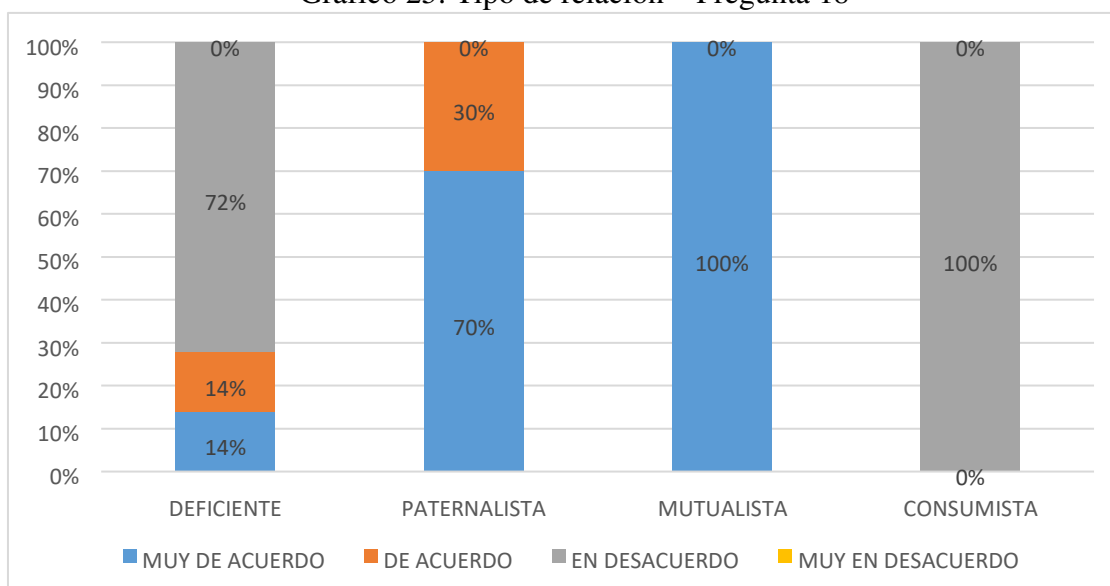


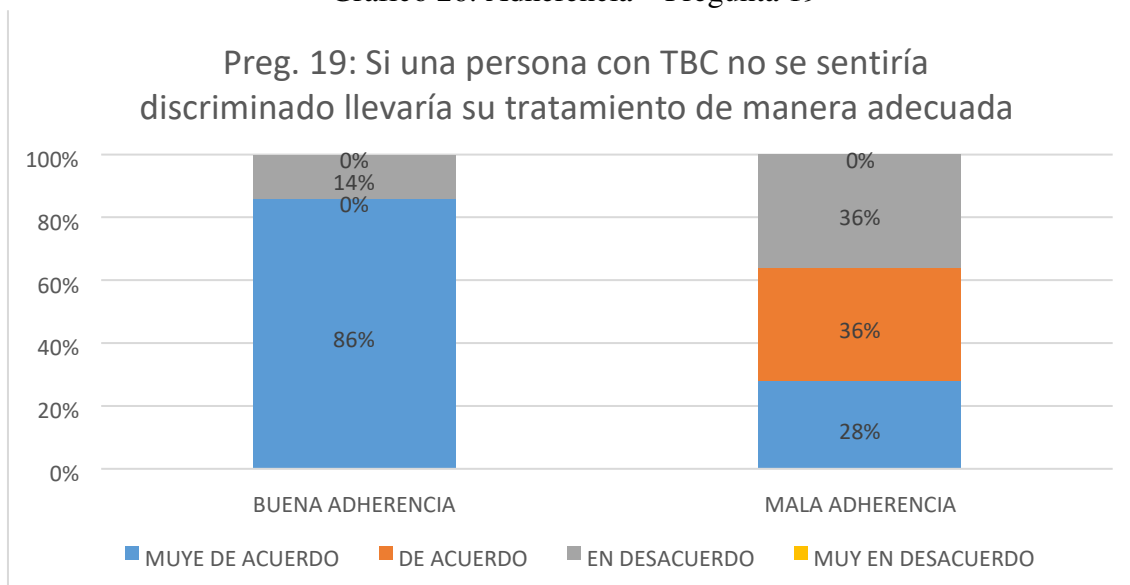
Gráfico 25: Tipo de relación – Pregunta 18



Por ejemplo en la pregunta n°18 de la encuesta se refiere a la importancia de conocer la situación familiar y socioeconómica de cada paciente para ayudarlo a sobrellevar las dificultades que pueda tener durante el tratamiento. Así encontramos que el 7% (1 de 14) y 45% (5 de 11) de PAT con buena y mala adherencia señalan que no es necesario. Si desagregamos este resultado por tipo de relación; este resultado se ve solo en la mayoría de PAT con una relación deficiente o consumista; mientras que el total de PAT con una relación paternalista o mutualista se muestran de acuerdo con la afirmación. “Me ha ayudado bastante como son aquí, el tratamiento es pésimo, a veces da ganas de dejarlo, incluso por que al inicio parece que uno no va a poder continuar con su vida normal, pero con la guía de usted, de la señorita nutricionista, del doctor. Sí la orientación

es importante incluso para no deprimirse, y en mi caso es grave por la niñas, no poder jugar con ellas, usted sabe que son pequeñas aún, pero por ella también tengo que curarme como ustedes dice” (PAT N°2 C.S Bocanegra – durante la consejería de enfermería para el cambio de fase”

Gráfico 26: Adherencia – Pregunta 19



Por otro lado también se les consultó a las PAT si es que el sentirse discriminado, no solo por el personal de enfermería, si no por su entorno (familia, amigos, vecinos), influye en una correcta adherencia al tratamiento. Según vemos, las PAT con buena adherencia mostraron un mayor nivel de importancia a este factor. El 86% (12 de 14) señalaron que sí influye; mientras el 14% (2 de 14) que no.

“Al inicio sí, da un poco de vergüenza, vienes todos los días, entras aquí, la gente que te ve ya sabe, a veces da algo de miedo encontrarse con los vecinos, al final todos nos atendemos aquí, pero de ahí ya lo asumes y lo sobrellevas normal porque te informas” (PAT N°4 C.S. Aeropuerto)

“La discriminación está en cada paciente, no es algo que deba detener a uno a no tomar el tratamiento” (PAT N°3 C.S Polígono)

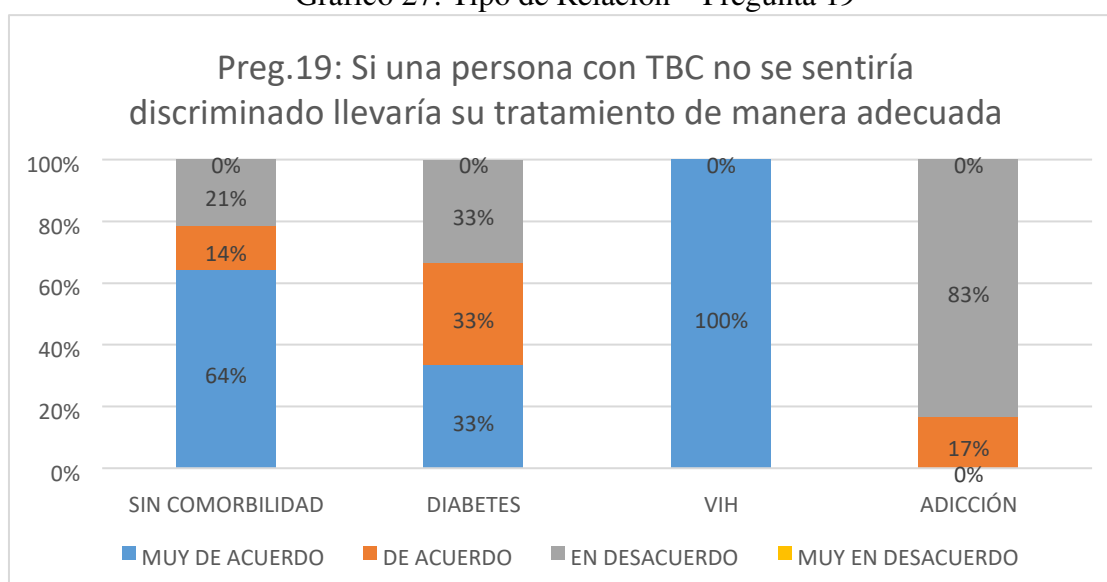
En tanto, el 28% (3 de 11) y el 36% (4 de 11) de PAT con mala adherencia se mostraron muy de acuerdo y de acuerdo con la afirmación; y el 36% (4 de 11) en desacuerdo. Esto se manifestó durante la investigación cuando una PAT se encontró con

un vecino dentro del área del programa y le contaba con naturalidad sobre cómo fue a hacerse una prueba de descarte.

“Yo estaba seguro de que me iba a curar con eso [refiriéndose a la marihuana] y hasta jalaba normal [refiriéndose a la inhalación de cocaína] pero nada, yo no sentía nada, luego un día me salió sangre, pensé que me había pasado, no le di importancia, dejé un tiempito, vine por otra cosa y ahí me enyucaron” (PAT N°1

C.S. Aeropuerto – Conversación con un vecino en el centro de salud”

Gráfico 27: Tipo de Relación – Pregunta 19



Lo cual, nos demuestra que no solo es la información lo que disminuye el sentido de discriminación; sino también la forma de pensar de cada PAT. Como vemos en el gráfico N°27 el 83% (5 de 6) de PAT que manifiestan como comorbilidad alguna adicción no considera que la discriminación influya en la adherencia; sobre todo, también porque al igual que el PAT N°1 C.S. Aeropuerto, no manifiestan sentir vergüenza de la enfermedad.

CONCLUSIONES

En base a la investigación y los resultados anteriormente expuestos se concluye que:

1. La relación comunicativa entre la PAT y el personal de salud es predominantemente paternalista; es decir, es una relación vertical en la que el personal de salud toma una posición dominante. Esto puede deberse a que el tratamiento contra la TBC es directamente observado; por lo que la responsabilidad del mismo recae sobre todo en el personal de enfermería. Sin embargo, es necesario recalcar que esta relación paternalista, muchas veces es también resultado de la participación activa de los pacientes, quienes confían las decisiones sobre su salud en el personal sanitario al verlos como una figura de autoridad; lo cual ocurre mayoritariamente en pacientes mayores de 60 años y menores de 20 años
2. Desde el punto de vista del personal de enfermería, una relación consumista, es decir vertical y dominada por el paciente, también es inadecuada ya que, si bien reconocen la buena adherencia del paciente, consideran que este tipo de relación no permite conocerlo y, por lo tanto, si se presentase algún problema, no podrían ayudarlo. Sin embargo, podemos observar también que en muchas ocasiones es el personal de salud el que genera una barrera comunicativa con el paciente, pues asume ciertas características en base a experiencia anteriores, lo cual dificulta la construcción de una adecuada relación; principalmente con aquellos pacientes de sexo masculino que presenta comorbilidad relacionada a algún tipo de adicción. Esta situación se agrava mucho más cuando el personal de salud es nuevo, pues otro de los problemas detectados es la rotación constante del personal de salud, lo cual no permite también entorpece la formación de una relación adecuada entre el personal de salud y la PAT.
3. Encontramos un comportamiento similar entre pacientes con una relación deficiente y pacientes con una relación paternalista; al calificar el nivel de importancia del conocimiento sobre las características del tratamiento y la utilidad de la información para lograr una buena adherencia al tratamiento puesto que, como se ha visto, los pacientes con una relación deficiente no logran una comunicación adecuada; mientras que en los pacientes con una relación paternalista al recibir la dosis diaria de medicamentos directamente

del personal de enfermería, no consideran necesaria la información sobre estos. Por otro lado, es importante ver como el total de pacientes señala que una buena adherencia es responsabilidad de cada persona; esto incluye a aquellos con una relación paternalista que, como se señaló anteriormente, se debe a que es un paternalismo activo en el que el paciente optó por este tipo de relación para llevar el tratamiento además de ello el paciente es consciente de que es su decisión si tomar el tratamiento o no; aunque su nivel de participación en la relación sea menor.

4. Podemos decir que una relación comunicativa deficiente con entre el personal de salud y la PAT influye de manera negativa en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, también existen casos en los que pacientes con mala adherencia, tienen una buena relación con el personal de salud. Así mismo, podemos señalar que la participación del paciente en el cuidado de su salud sí influye de manera positiva en la continuidad del tratamiento. En ese sentido podemos ver que una relación deficiente, con nula participación del paciente significa una mala adherencia; ocurriendo lo contrario con una relación de tipo consumista en la que el paciente se considera como único responsable del cuidado de su salud y del tratamiento. En ese sentido, sería importante que para futuras investigaciones, se establezca una medida estadística de correlación entre el nivel de participación del paciente y el nivel adherencia al tratamiento contra la TBC ya que esto aún no ha sido asumido como un factor determinante.

RECOMENDACIONES

El desarrollo de la presente investigación permite identificar la necesidad del desarrollo e implementación de trabajos de comunicación interpersonal en el ámbito de la salud. Si bien es cierto, desde el gobierno se ve un esfuerzo por mejorar la relación personal de enfermería – paciente para una mejor adherencia al tratamiento

antituberculoso, a pesar de recalcar la necesidad de la participación activa del paciente, estos intentos siguen considerando a las PAT como sujetos pasivos en el cuidado de su salud; a pesar de no mencionarlo textualmente, por lo que todos los programas y planes implementados subrayan la responsabilidad del personal de salud.

En ese sentido se recomienda a las universidades generar investigaciones de tipo multidisciplinarias en el ámbito de la salud que tome en cuenta además la participación de comunicadores, antropólogos y sociólogos a fin de permitir una socialización y humanización en la salud y generar un mayor sentido de pertenencia en las personas.

A las escuelas de comunicación, incentivar el desarrollo de investigación en el campo de salud a fin de evaluar y generar actividades que impliquen una mayor participación y empoderamiento de la ciudadanía sobre el cuidado de su salud.

A los centros de educación en salud, tanto de institutos y universidades, permitir y mejorar la formación de sus alumnos en habilidades “blandas” o sociales que les permita reconocer a los pacientes, y este caso a las PAT como sujeto activo en el cuidado de la salud comunitaria.

Al personal de salud, sobre todo al personal de enfermería encargado del programa contra la TBC, trabajar en conjunto con las demás especialidades médicas, sobre todo con el área de psicología y asistencia social, a fin de conocer de manera integral al paciente y abordar la comunicación de manera adecuada, teniendo en cuenta que cada paciente representa una realidad diferente. De esta manera se lograría mayor empatía y asertividad en el proceso comunicativo, lo que significaría una mayor adherencia al tratamiento.

Al Ministerio de Salud y Direcciones Regionales de Salud, reevaluar y actualizar los protocolos de atención para personas afectadas por TBC según la especialidad de cada miembro del equipo médico del programa contra la TBC; en la cual no solo se contemple el comportamiento del personal de enfermería; sino también la actitud de este y las habilidades comunicativas de la PAT para promover una participación más activa en su tratamiento. Así como el promover la participación activa de otras especialidades para influir de manera significativa en la adherencia al tratamiento de cada paciente y disminuir la carga laboral que recae sobre el personal de enfermería, el cuál además, en

muchos casos no tiene un contrato estable, lo que genera la constante rotación del personal.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldana, C. (2005) Acerca de las políticas de Comunicación en Salud. En Apuntes acerca de la Comunicación en Salud en el Perú (47 - 67). Lima – Perú: Consorcio de Universidades
- Alfaro, R. (2005) Desencuentros comunicativos en Salud. En Apuntes acerca de la Comunicación en Salud en el Perú (77 - 108). Lima – Perú: Consorcio de Universidades
- Araujo, I. & Cuberli, M. (2015) Comunicación y Salud - Un campo en permanente movimiento. In: Cesar Bolaño; Delia Covi Druetta; Gustavo Cimadevilla. (Org.). La contribución de América Latina al campo de la comunicación - Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación. 1ed. Buenos Aires: Editorial Prometeo. p. 338-390. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/299409434_Comunicacion_y_Salud_un_campo_en_permanente_movimiento
- Arnold Cathalifaud, Marcelo, & Osorio, Francisco (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio, (3),.[fecha de Consulta 31 de Enero de 2020]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=101/10100306>
- Belle Brown, J., Stewart, M., & Ryan, B. (2003). Outcomes of Patient-Provider Interaction. In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, & R. Parrott (Eds.), Handbook of Health Communication (pp. 141–161). Mahwah, NJ, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beltrán, L. (2010). Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, XVI (31), (p.35). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31613952002>
- Bermúdez, R., Piedrahita, B., Palacios y Posada (2016) Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH,

Medellín 2012. Revista de Salud Pública, 18(4), 543.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.41665>

Choque, R. (2005, diciembre). Comunicación y educación para la promoción de la salud. Rezon y palabra. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx>

Congreso de la República. (2014) Ley N° 30287. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. 14 de diciembre del 2014. Lima – Perú. Recuperado de: <https://www.hnseb.gob.pe/images/descargas/30287.pdf>

Córdova, G., & Zavala, R. (2018). RIESGO DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS.

Cornejo, K. & Suarez, E. (2018). Comunicación terapéutica enfermera-paciente y nivel de adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Dr. Enrique Martin Altuna – 2018.

Corrales, E. y Freire, F. (2018) FACTOR SOCIAL QUE INFLUYE EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD N ° 8, DISTRITO N° 4 CIUDAD DE GUAYAQUIL. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30779/1/1209-TESIS-CORRALES%20Y%20FREIRE.pdf>

Delgado, N., Caridad, M., Estopiñán, M., & Martínez, J. (2016). La comunicación en el primer nivel de atención de salud. Revista Médica Electrónica, 38(2), 261-269. Recuperado en 26 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200014&lng=es&tlng=es

Epstein, R.; Duberstein, P.; Fenton, J.; et al. Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2017;3(1):92–100.doi: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4373>

- Erazo, A. (2012, septiembre). La comunicación interpersonal en el contexto medico paciente. Revista Científica Salud Uninorte, 28(3), 1. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4750/3985>
- Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13. Recuperado de: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/4924/5331>
- Gamboa, L. (2001, julio). Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. CONAMED, 9(20), 25–29. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2001/con013f.pdf>
- Gástulo, D., Lozano, S., Porras, S., & Zamora, T. (2017). Adherencia y acceso de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú a los tratamientos médicos adecuados.
- Gobierno Regional del Callao. (2011). Microzonificación Ecológica Económica Provincia Constitucional del Callao. Recuperado de [http://eudora.vivienda.gob.pe/OBSERVATORIO/ZEE MUNICIPALIDADES/CALLAO/MZEE CALLAO IV 4.pdf](http://eudora.vivienda.gob.pe/OBSERVATORIO/ZEE_MUNICIPALIDADES/CALLAO/MZEE_CALLAO_IV_4.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) Metodología de la Investigación. México DF, México: McGraw Hill - Interamericana
- Hernández, L.; Vásquez, M. & Talavera, R. (2017) Relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y las actitudes de los pacientes frente al tratamiento registrados en la estrategia sanitaria de control de la tuberculosis en los centros de salud Bocanegra – Polígono IV Callao, 2016. Callao – Perú. Universidad Nacional del Callao. Recuperado de: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3712/Hernandez%2c%20Vasquez%20y%20Talavera_PREGRADO_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- INEI (2017) Sistema de Consulta de abastecimiento de Agua por Red Pública. Recuperado de <https://agua.inei.gob.pe/menu/?csrfmiddlewaretoken=DOPTjK7elaWdqfk2sT0IaI>

[5Q8pHCaJv1C40nRn6eQwEoJOMgXnTq8rVPCINAYdY&next=](#)

INPE (s.f.) Distribución espacial de la Población Penitenciaria de la Provincia del Callao.

Recuperado de <https://www.inpe.gob.pe/sigp/visualizacion/callao/>

Jaramillo, L., Pinilla, C; Duque, M. & González, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Índex de Enfermería*, 13(46), 29-33.

Recuperado en 18 de enero de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200006&lng=es&tlng=es.

Kreps, G (2015). Consulta de comunicación de salud y promoción de la salud: una revisión de vanguardia. *Journal of Nature and Science*, 1 (2), e35, 1-12. Disponible en línea en: <http://www.jnsoci.org/files/html/e35.htm>

Kreps, G., O'hair, D., & Clowers, M. (1994). The Influences of Human Communication on Health Outcomes. *American Behavioral Scientist*, 38(2), 248–256

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>

MINISTERIO DE SALUD. (s.f.). MINSA - DPCTB:: Portal de Información: Sala situacional. Recuperado 15 diciembre, 2019, de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/Dashboard.aspx>

MINISTERIO DE SALUD. (s.f.). MINSA - DPCTB:: Portal de Información: Mapa epidemiológico. Recuperado 15 diciembre, 2019, de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/MapasTB.aspx>

MINISTERIO DE SALUD. (s.f.). MINSA - DPCTB:: Portal de Información: Perfil de la Tuberculosis - Perú. Recuperado 15 diciembre, 2019, de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>

MINISTERIO DE SALUD (2010) Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis 2010 – 2019. Lima – Perú. Ministerio de Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1751.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (2012) Documento Técnico Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú – 2010. Lima – Perú: Dirección General de Salud de las Personas – Ministerio de Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (2013) Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Lima – Perú: Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (2014) Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de los afectados por tuberculosis – Guía para el participante – Personal de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis (ESNPCT). Lima – Perú: Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD (2014) Comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de los afectados por tuberculosis – Guía para el Facilitador – Personal de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis (ESNPCT). Lima – Perú: Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD (2014) Uso de la comunicación efectiva para fortalecer la adherencia al tratamiento de los afectados por tuberculosis – Implementación del plan piloto sobre adherencia al tratamiento de TB. Lima – Perú: Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD (2015) Documento Técnico: “Plan de Emergencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y el Callao, 2015 – 2017”. Lima – Perú. Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20171112132034.pdf>

- MINISTERIO DE SALUD (2018) Documento Técnico: “Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones Priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018 – 2020”. Lima – Perú: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD (2019) Taller Macrorregional “Presentación de la Evaluación del PEM TB 2010 – 2019 y actualización del Plan Nacional Multisectorial para la respuesta a la Tuberculosis en el Perú 2019 – 2023. Lima – Perú. Ministerio de Salud.
- Montes de Oca, A. y Rick, M. (2014) La comunicación para la salud y el desafío del enfoque ecosistémico. Revista Comunidad y Salud vol.12 no.2. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000300006
- Navarro Rojas, A. M. (2019). Impactos de la comunicación interpersonal en la autonomía de la gestante durante los controles prenatales en el Centro de Salud “Siete Cuartones” (Cusco) entre enero y febrero del 2018. Lima – Perú. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Núñez, R., Arias, M., Sánchez, N., Hernández, T., Bustamante, V., Reupo, M., & Díaz, C. (2015). Relación Médico-Paciente desde la perspectiva del paciente en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2014. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque, 1(1), 20–24. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5971563>
- Puerto Pedraza, H. M., & Gamba Collazos, H. A. (2015). La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. Revista Cuidarte, 6(1), 964-9. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>
- Oliveira, Roberta Andrea de y Lefevre, Fernando. (2017) COMUNICACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: REPRESENTACIONES SOCIALES DE PROFESIONALES Y PACIENTES. Texto y Contexto - Enfermagem, 26 (2), e06790015. Epub 03 de julio de 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/010407072017006790015>

Organización Médica Colegial de España (2017) La relación médico paciente, patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Recuperado de:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Recuperado 4 enero, 2020, de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=0DB57DAE3DE19186B5FBAC17FFC5EC5E?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2018.). Perfil de la Tuberculosis Perú. Recuperado 20 noviembre, 2019, de <https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet>

Rojas-Rajs, S. & Jarillo, E. (2013). Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva. Interface -

Comunicação, Saúde, Educação, 17(46), 587-599.
<https://doi.org/10.1590/S141432832013000300008>

Roter, D. y McNeilis, K. (2003) The Nature of the Therapeutic Relationship and the Assessment of Oits Discourse in Routine Medical Visits. In T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, & R. Parrott (Eds.), Handbook of Health Communication (pp. 121–140). Mahwah, NJ, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum Associates.

Singhal (2003) Abarcar el bosque no solo un árbol: estrategia culturales para combatir el SIDA. En Tufte, T. y Gumucio, A. (Eds.), Antología de comunicación para el cambio Social: Lecturas históricas y Contemporáneas (993 - 996). La Paz - Bolivia: Plural

Urrutia, M.; Beoriza, P. & Araya, A. (2016). Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 81(3), 218-222.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300008>

Vargas, N. (2017) Evaluación del uso de la comunicación interpersonal en la relación Médico – Paciente en el Servicio Médico Universitario de la PUCE. Quito,

Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Recuperado de :
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13556/%E2%80%9CEVALUACION%20DEL%20USO%20DE%20LA%20COMUNICACION%20INTERPERSONAL%20EN%20LA%20RELACION%20M%20DICO%20-%20PACIENTE%20EN%20EL%20SERVI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yepez, G. (2018). Influencia de las relaciones interpersonales de los usuarios en la participación de los programas en el centro del adulto mayor Guadalupe - Provincia de Pacasmayo: 2017.

Zirena, Y. (2018). Relación entre el Factor Comunicación Verbal del Profesional Médico con la Adherencia al tratamiento en pacientes Hipertensos en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, 2017.

ANEXOS

Anexo N°1 Formato de ficha de observación durante los controles

N°PAT: _____ C.S.: _____ SEXO

(F) (M) RANGO DE EDAD: (15-20) (21-40) (41-60) (60+)

COMORBILIDAD:

OBSERVACIÓN DURANTE LA ENTREVISTA CON ENFERMERÍA		
CONTROL DE LA CONVERSACIÓN	BAJO	ALTO
PERSONAL DE SALUD		
PERSONA AFECTADA POR TBC		

ACCIONES DEL PERSONAL DE SALUD		SIEMPRE (4)	CASI SIEMPRE (3)	CASI NUNCA (2)	NUNCA (1)
1	El personal de salud saluda amablemente y es cordial.				
2	El personal de Salud muestra interés en las dificultades que ha tenido respecto al tratamiento.				
3	El personal de salud orienta y/o ayuda a la PAAT a superar las dificultades surgidas durante el tratamiento.				
4	El personal de salud comprueba que haya entendido la explicación brindada.				
5	El personal de salud le da tiempo a la PAT para expresar sus dudas.				
6	En la conversación, el personal de salud se expresa de manera sencilla y precisa, sin usar muchas palabras técnicas.				
7	El personal de salud le brinda información necesaria y oportuna.				

8	El personal de salud responde a las preguntas en cualquier momento de manera amable.				
9	El personal de salud repite la información cordialmente.				
10	El personal de salud muestra interés mientras en la conversación.				
11	La entrevista con el personal tiene interrupciones.				
12	El personal de salud realiza alguna otra actividad durante la entrevista.				

Anexo N°2 Formato de encuestas dirigida a las PAT

PAT N° _____ C.S _____ SEXO _____

(F) (M) RANGO DE EDAD: (15-20) (21-40) (41-60) (60+)

COMORBILIDAD:

PREGUNTAS		SÍ	NO
1	A veces, a las personas en tratamiento se les olvida tomar sus medicamentos ¿usted se ha olvidado alguna vez?		
2	A veces, debido a las labores que realizan, las personas toman sus medicamentos a diferentes horas ¿Usted toma sus medicamentos siempre a la hora indicada?		
3	Algunas personas dejan de tomar sus medicamentos contra la TBC cuando se siente mejor, si usted se siente mejor ¿deja alguna vez de tomar sus medicamentos?		
4	Algunos medicamentos contra la TBC pueden caer mal (causar vómitos, mareos, cansancio, etc.), si esto le pasa a usted ¿deja de tomar el medicamento sin consultar con el personal de salud?		

Factores de comunicación para la adherencia		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Para que una persona afectada por TBC continúe su tratamiento es importante que sepa cómo le afecta esta enfermedad a él y su familia				
2	Es necesario que la persona afectada por TBC conozca las consecuencias de interrumpir o no terminar el tratamiento.				
3	Es útil para conseguir un tratamiento exitoso que una persona afectada por TBC conozca cuales son las características del tratamiento. (Ejemplo: efectos secundarios,				

	duración, cantidad de medicamentos, etc.)				
4	Es importante para continuar el tratamiento que el personal de la posta le mantenga informado sobre su estado de salud.				
5	Es importante para que una persona afectada por TBC siga su tratamiento que el personal de salud use palabras claras y sencillas (NO TECNICAS) al momento de dar indicaciones.				
6	La información brindada por el personal sobre el cuidado de la salud es útil para que una persona con TBC continúe con su tratamiento.				
7	Es importante para que una persona con TBC siga su tratamiento que el personal de salud responda sus preguntas de manera oportuna				
8	Es importante para un buen tratamiento que el personal de salud confíe en que la persona afectada por TBC seguirá sus indicaciones para mejorar su salud (ej. Toma de medicamentos, alimentación adecuada, separar los cubiertos, etc.)				
9	Es necesario para continuar con el tratamiento que la persona con TBC converse sobre sus expectativas de mejora con el personal de salud. (ej. Llegar al peso adecuado)				
10	Un tratamiento exitoso se logra cuando la persona con TBC se considera responsable del cuidado de su salud y de la de su entorno.				

11	La persona afectada por TBC es responsable de seguir con su tratamiento.				
12	El personal de salud es responsable de que cada persona siga con su tratamiento.				
13	Es necesario para un tratamiento exitoso que la persona afectada por TBC exprese sus dudas al personal de salud				
14	Un tratamiento exitoso se logra cuando el personal de salud y la persona afectada con TBC establecen de manera clara las responsabilidades de cada uno.				
15	Para que una persona afectada por TBC continúe su tratamiento es importante que confíe en el personal de salud.				
16	Un trato amable por parte del personal de salud animaría a una persona a continuar su tratamiento.				
17	Es necesario para continuar con el tratamiento que el personal de salud escuche sus dudas y le ayude a sobrellevar las dificultades que la persona afectada por TBC pueda tener				
18	Es importante para poder continuar con su tratamiento que el personal de salud conozca su situación familiar y económica para que pueda guiarle en como conllevar la enfermedad y adecuarse al tratamiento				
19	Si una persona con TBC no se sentiría discriminado llevaría su tratamiento de manera adecuada.				

